



Le Magazine de la FEANTSA - Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

# Sans-abri en Europe

Printemps 2011

**La santé des personnes  
sans domicile :  
Franchir les barrières**



FEANTSA

**DANS CE NUMERO**

- 2 Editorial
- 4 Dispositions et développements récents au niveau de l'UE en matière de santé et de sans-abrisme  
*Stefania Del Zotto*
- 7 Accès aux soins de santé pour les personnes sans domicile en Europe du Nord : la perspective danoise / scandinave  
*Henrik Thiesen*
- 11 Des soins de santé dysfonctionnels pour les personnes sans domicile à Barcelone  
*Joan Uribe Vilarrodona*
- 14 La santé des femmes dans les foyers d'accueil pour femmes aux Pays-Bas  
*Irene Jonker et Judith Wolf*
- 18 Réduire les inégalités en matière de santé au sein de l'UE  
*Edite Estrela*
- 20 La Santé mentale des personnes sans chez soi : Résultats et recommandations issus d'une enquête métropolitaine  
*Anne Laporte, Erwan Le Méner, Marc-Antoine Détrez et Pierre Chauvin*
- 24 Les services de santé aux sans-abri, la tuberculose et la crise économique: Trois récits, trois villes  
*Alistair Story, Marcel Slockers, Wouter Arrazola de Onate, Nigel Hewett et Rob van Hest*
- 29 Devrait-on délivrer des soins dans la rue? Le rôle de la médecine de rue dans la délivrance de soins de santé aux personnes sans-abri  
*Dr Angela Jones*
- 31 Repenser la formation en matière de santé et sans-abrisme: remise en cause des approches utilitaires et réappropriation du centrage sur le client  
*Mike Seal*
- 35 Instantané des problèmes de santé vécus par les personnes sans domicile en Irlande  
*Niamh Randall*

## La santé des personnes sans domicile : Franchir les barrières

On constate souvent que les personnes sans domicile semblent affectées de façon disproportionnée par des problèmes de santé si l'on compare leur situation à celle de la population générale. Il convient de combattre ce problème, mais il faut éviter à tout prix de faire du sans-abrisme une pathologie physique ou psychologique. Il ne faudrait pas non plus caricaturer les expériences des personnes sans domicile. La relation entre la santé et le sans-abrisme présente différentes facettes. Pour aborder ce problème, il faut dès lors prendre en compte différentes questions interdépendantes. Au nombre de celles-ci figurent notamment des questions liées aux causes et aux conséquences, aux services, à la formation ou à la collecte de données.

Comment des problèmes de santé physique ou mentale et des obstacles financiers et structurels conduisent-ils au sans-abrisme, et quels sont les effets du sans-abrisme sur la santé physique ou mentale des personnes ou sur leur relation avec les services de santé ? Comment peut-on améliorer le travail sur la santé des personnes sans domicile ?

Les articles suivants tentent d'aborder ces questions, et d'autres encore, en donnant une vue d'ensemble de la santé des personnes sans domicile en Europe, ainsi que des causes de leurs problèmes de santé et des difficultés rencontrées pour accéder à l'accompagnement, et proposent quelques solutions aux problèmes complexes soulevés par les difficultés structurelles et pratiques.

Premièrement, il convient de dresser un tableau des soins de santé dans le contexte européen. L'Union européenne a des responsabilités sur la santé, et les services travaillant sur la santé des personnes sans domicile doivent bien comprendre la mesure dans laquelle ces responsabilités les affectent. Stefania Del Zotto, ancienne chargée de mission sur la santé et la protection sociale de la FEANTSA et ancienne coordinatrice du Réseau européen des professionnels de la santé des personnes sans domicile (ENHW), présente les priorités de l'UE dans le domaine de la santé, qui peuvent être liées à l'amélioration de la santé des personnes sans domicile.

Alors que l'Europe a la possibilité d'améliorer les soins de santé pour les personnes sans domicile, des problèmes structurels peuvent entraver leur accès aux soins de santé. Henrik Thiesen, directeur de l'équipe de santé pour la communauté des sans-abri

de Copenhague et membre du réseau ENHW, décrit les obstacles à l'accès des soins de santé efficaces pour les personnes sans domicile, aborde les différences entre les besoins des personnes sans domicile en termes de santé et la façon dont ils sont perçus ou abordés par les services de santé, fait la lumière sur certains préjugés et suggère des méthodes pour améliorer la coordination et ainsi traiter la santé des personnes sans domicile dans son ensemble au lieu de se concentrer sur les soins d'urgence.

Joan Uribe, directeur des services sociaux de Saint Jean de Dieu à Barcelone, en Espagne, aborde l'impact des problèmes fonctionnels et de la mauvaise coordination des services sociaux et des services de santé sur la santé des personnes sans domicile. Il soutient l'observation de Thiesen selon laquelle la santé des personnes sans domicile ne correspond ni au traitement dont celles-ci bénéficient ni à leur propre perception de leur santé, et affirme que les personnes sans domicile ne se font souvent soignées que lorsqu'une crise est imminente. Uribe définit les obstacles structurels à l'accès des personnes sans domicile aux soins de santé, tels que les stéréotypes et la stigmatisation, et recommande de lier les politiques de santé et les politiques sociales afin d'inclure les personnes sans domicile. On observe que la santé des personnes sans domicile s'améliore lorsque leur relation avec les services est stable.

Un autre facteur structurel affectant les situations de logement et les conditions de santé, surtout chez les femmes, est la violence domestique. La violence domestique peut être une cause de sans-abrisme et de problèmes physiques et mentaux pour les personnes touchées par ce problème<sup>1</sup>. Irene Jonker et Judith Wolf, du département néerlandais des Soins primaires et communautaires, mentionnent la première étude visant à décrire la santé physique et mentale des femmes vivant dans des refuges pour femmes aux Pays-Bas, qui révèle que ces femmes sont disproportionnellement affectées par les problèmes de santé, la dépression, la prise de médicaments et les traumatismes, par rapport à la population générale. Ces dernières années, les Pays-Bas ont concentré de plus en plus d'efforts sur la prévention et la lutte contre la violence domestique. Cet article décrit certaines mesures qui ont été prises.

1 Cette situation correspond à la catégorie 4 d'ETHOS, les personnes en foyer d'hébergement pour femmes, et à la catégorie 10, les personnes menacées de violences domestiques : <http://feantsa.horus.be/code/FR/pg.asp?Page=546>



Dans l'UE, les personnes vulnérables ont probablement moins de chances d'accéder à des services de santé. Edite Estrela, députée européenne et rapporteur d'un rapport adopté récemment par le Parlement européen sur les inégalités en matière de santé, nous rappelle que si les États membres sont chargés des politiques de santé, les politiques européennes peuvent aborder les facteurs qui créent ou aggravent les inégalités en matière de santé. Elle indique que les inégalités en matière de santé sont associées aux conditions socioéconomiques et que la santé et le bien-être sont essentiels pour lutter contre l'exclusion. Elle souligne par conséquent l'importance de satisfaire les besoins des personnes en situation de pauvreté, des personnes sans domicile, des migrants et des groupes minoritaires, et recommande l'adoption de mesures visant à limiter l'impact de la crise économique sur le secteur des soins de santé, en investissant dans l'infrastructure, en optimisant le financement et en restructurant les systèmes des soins de santé.

L'inégalité des situations sociales et les problèmes au niveau des services concernent également la santé mentale et le sans-abrisme. Anne Laporte, Erwan Le Méner, Marc-Antoine Détrez et Pierre Chauvin parlent d'une étude analysant la santé mentale des personnes sans domicile dans la région de Paris Ile-de-France, qui n'ont pas toujours accès aux services traditionnels d'aide aux sans-abri. Ils élaborent quelques recommandations pour mieux aborder la santé mentale, en plaçant l'accent sur la prévention de l'exclusion sociale des personnes avec des problèmes de santé mentale, la détection des problèmes mentaux ou physiques, l'accès à des soins de santé permanents, l'hébergement et le logement, la formation et l'accompagnement par des professionnels, et la lutte contre la violence. Ils donnent des exemples de projets français ayant adopté ces recommandations. L'article propose que la Plateforme européenne contre la pauvreté pourrait dynamiser l'innovation dans les approches européennes abordant la santé mentale.

L'organisation et le financement des soins pour les personnes sans domicile peuvent avoir un impact considérable sur leur santé physique. Alistair Story, Marcel Slockers, Wouter Arrazola de Onate, Nigel Hewett et Rob Van Hest illustrent cela en présentant l'exemple du contrôle de la tuberculose à Bruxelles, Londres et Rotterdam et prédisent les effets de la réduction des financements et de la réorganisation des services publics sur la santé des personnes sans domicile. Ils démontrent que la réduction des aides sociales peut provoquer une hausse du sans-abrisme

et ainsi une augmentation du risque de tuberculose, et que les réductions des fonds publics engendrent une baisse de qualité des services, qui viseront dès lors la gestion du sans-abrisme et non son élimination.

L'examen de la structure des services de santé pour les personnes sans domicile et la recherche de solutions pour garantir aux sans-abri un meilleur accès à ces services est important pour assurer la prise en charge de toutes les personnes. Sur la base de son expérience avec les patients d'un programme de proximité, le Dr Angela Jones critique les structures traditionnelles et pose la question de savoir s'il convient de fournir des services spécialisés pour les personnes sans domicile ou s'il est préférable de garantir que les services traditionnels soient ouverts aux personnes sans domicile. Elle prône des soins de santé de proximité pour les personnes dormant dans la rue au Royaume-Uni.

Selon Mike Seal, il importe de traiter les bénéficiaires sans domicile des soins de santé comme maîtres de leurs propres soins de santé afin de répondre à leurs besoins. Il souligne l'importance des attitudes des membres du personnel, dans la mesure où le comportement et les attentes des patients sans domicile sont souvent une réaction à leurs expériences des services, et certaines attitudes peuvent représenter un obstacle aux soins de santé pour les personnes sans domicile. Pour Seal, la formation permet d'analyser les opinions qui se cachent derrière ces attitudes.

Il est également nécessaire de disposer d'informations statistiques précises et actualisées sur la population sans domicile afin de bien cibler les soins de santé pour les personnes sans domicile. Niamh Randall, chargée de mission et chercheuse nationale pour les Simon Communities en Irlande, décrit la première étude nationale irlandaise qui aborde spécifiquement le manque d'informations sur la santé des personnes sans domicile. L'étude analyse la santé physique et mentale, la consommation de drogue et d'alcool et l'accès aux services médicaux. L'article énonce que la compréhension des besoins des personnes sans domicile en termes de santé est essentielle pour développer, concevoir et améliorer non seulement des services d'aide aux sans-abri, mais également des services de santé ou d'autres services, essentiels pour lutter contre le sans-abrisme.

La FEANTSA remercie chaleureusement les auteurs qui ont contribué à cette édition du magazine.

#### LETTRES A L'EDITEUR

Nous aimerions vous donner l'opportunité de vous exprimer sur les articles qui sont parus dans ce numéro. Si vous souhaitez nous faire part de vos idées, réactions et remarques, n'hésitez pas à contacter la rédactrice en chef à l'adresse suivante : [suzannah.young@feantsa.org](mailto:suzannah.young@feantsa.org)



# Dispositions et développements récents au niveau de l'UE en matière de santé et de sans-abrisme\*

Par **Stefania Del Zotto**, *Chargée de missions, FEANTSA*<sup>1</sup>

## INTRODUCTION

Il y a un lien évident entre les conditions de vie et l'état de santé et de bien-être individuels. Les recherches montrent que les personnes qui sont sans abri souffrent souvent d'un certain nombre de problèmes de santé, notamment physique, mentale, de problèmes d'addiction et d'une combinaison de ces problèmes. Chez ces personnes, le taux de certaines maladies infectieuses est significativement plus important qu'au sein de la population globale, et l'on observe également souvent des niveaux importants de toxicomanie et des taux bien plus élevés de mauvaise santé mentale. Malgré cela, la plupart du temps, l'accès aux soins de santé et dès lors à leur droit à la santé représente toujours un défi pour les personnes sans domicile en Europe<sup>2</sup>.

Depuis la conférence européenne de la FEANTSA en octobre 2006 et le rapport consacré au droit à la santé des personnes qui sont sans abri<sup>3</sup>, de nombreux développements liés à la santé et au sans-abrisme ont eu lieu au niveau international, européen et national. L'objectif du présent article est de donner un aperçu des dispositions existantes au niveau de l'Union européenne (UE), qui font partie du cadre législatif et politique actuel dans un certain nombre de domaines liés à la santé, ainsi que certaines des nombreuses initiatives qui présentent un intérêt. Vu le nombre de sujets que cela implique et les limites liées à un article, cet exercice est loin d'être exhaustif. Nous n'aborderons pas les mesures de politiques de l'UE dans d'autres domaines qui peuvent avoir un impact sur le sans-abrisme et sur la santé, et nous ne mentionnerons pas non plus d'autres instruments internationaux. Les lecteurs qui souhaitent en savoir davantage sur des questions particulières peuvent suivre les liens indiqués et s'appuyer sur les récents travaux entrepris par la FEANTSA dans le domaine de la santé et de la protection sociale<sup>5</sup>.

## CADRE GÉNÉRAL

Le Traité de Lisbonne comme la Charte européenne des droits fondamentaux comprennent des dispositions relatives à la santé<sup>6</sup>. Le Traité définit le champ

de compétences de l'UE dans les différents domaines<sup>7</sup> et prévoit qu'en relation avec la santé, le mandat de l'UE a pour objectif principal de compléter les actions entreprises au niveau national. Dans ce contexte, l'UE peut mener à bien des actions visant à soutenir, à coordonner ou à compléter l'action des États membres en relation avec la protection et l'amélioration de la santé humaine<sup>8</sup>. En outre, il est précisé dans le Traité que tout en définissant et en mettant en œuvre ses politiques et ses activités, l'UE a le devoir de tenir compte des exigences liées, entre autres, à la lutte contre l'exclusion sociale et à la protection de la santé humaine, cette dernière étant présentée plus en détails dans la partie spécialement consacrée à la santé publique<sup>9</sup>.

L'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne est centré sur les soins de santé et il on y précise: « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

Par conséquent, on peut dire que les actions de l'UE ont pour objectif d'améliorer la santé publique, les maladies et les affections humaines et de promouvoir la coopération en matière de santé. La stratégie européenne en matière de santé, qui complète des travaux précédents et a été proposée par la Commission européenne (EC) en 2007, fournit un cadre stratégique global en vue de la coopération et des progrès à réaliser dans le domaine<sup>11</sup>. Elle est principalement centrée sur le renforcement de la coopération et de la coordination, en soutenant l'échange d'informations et de connaissances basées sur des éléments de preuve et sur l'aide à la décision pour les autorités nationales.

Dans le cadre de cette stratégie plus large, le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) est entré en vigueur en janvier 2008 avec pour objectif de compléter, soutenir

<sup>1</sup> Après six années comme chargée de missions, Stefania a quitté la FEANTSA pour relever de nouveaux défis. Pour contacter Stefania, merci d'écrire à Suzannah Young ([suzannah.young@feantsa.org](mailto:suzannah.young@feantsa.org)), qui transmettra votre email.

\* Toutes les références : <http://feantsa.horus.be/code/EN/pg.asp?Page=1369>



et apporter une valeur ajoutée aux politiques des États membres dans le domaine de la santé humaine et publique, notamment via des mécanismes spécifiques de financement<sup>12</sup>. Les objectifs poursuivis via les différents types d'actions sont d'améliorer la sécurité sanitaire des citoyens, de promouvoir la santé et de réduire les inégalités en matière de santé et de générer et de diffuser des informations et des connaissances relatives à la santé. Le programme est mis en œuvre au moyen de plans de travail annuels, dans lesquels sont précisés les domaines prioritaires ainsi que les critères de financement<sup>13</sup>.

### **LES INITIATIVES ET L'ACTION DE L'UE SUR DES SUJETS SPÉCIFIQUES LIÉS À LA SANTÉ**

Dans cette partie, nous donnons un aperçu des initiatives et des actions récentes de l'UE dans les domaines des inégalités sociales, de la santé mentale, de l'alcool, des drogues et de la violence liée au genre.

Le thème des inégalités en matière de santé fait l'objet d'une attention politique croissante depuis quelques années. Cela se reflète dans la Communication de la CE publiée en octobre 2009<sup>14</sup>, dans laquelle la Commission considère les inégalités en matière de santé comme un « défi aux engagements de l'UE vis-à-vis de la solidarité, de la cohésion sociale et économique, des droits humains, et de l'égalité des chances ». Dans la Communication sont identifiés un certain nombre de problèmes clés à traiter en coopération avec les États membres et d'autres acteurs concernés, notamment – et c'est un élément important – développer la contribution d'autres politiques et d'autres mécanismes de l'UE pour lutter contre les inégalités en matière de santé. Il est entre autres proposé d'utiliser davantage les outils existants dans le cadre de la Méthode ouverte de coordination<sup>15</sup> et de traiter cette question des inégalités en matière de santé en utilisant davantage les possibilités de financement offertes par exemple par la politique de cohésion<sup>16</sup>. En outre, plus récemment, on a programmé un rapport sur les inégalités en matière de santé, en soulignant les liens mutuels entre la mauvaise santé et la pauvreté dans le cadre des initiatives clés à prendre dans le cadre de la Plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale, qui est l'un des outils de la Stratégie Europe 2020<sup>17</sup>.

Dans le domaine de la santé mentale, suite à une consultation menée en 2006, un Pacte européen sur la santé mentale et le bien-être a été lancé en juin

2008 par la Commission européenne, la Présidence slovène et le Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé<sup>18</sup>. Tout en reconnaissant les défis à venir, on appelle dans le Pacte à un partenariat (volontaire) d'action dans cinq domaines prioritaires, dont l'un est lié à la stigmatisation et à la discrimination. Les signataires s'engagent à contribuer à la mise en œuvre du Pacte via l'échange d'informations, l'identification d'exemples de bonnes pratiques et l'élaboration de recommandations et de plans d'action. Des conférences thématiques ont été organisées pour diffuser les résultats pertinents et pour sensibiliser aux différents aspects impliqués, alors qu'un Mental Health Compass en vue d'agir sur la santé mentale et le bien-être a été créé afin de rendre les informations utiles disponibles en ligne. En outre, un certain nombre d'enquêtes et d'études récentes menées par Eurostat et la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ont été publiées et contiennent des données et des recommandations intéressantes sur la santé mentale au niveau de l'UE<sup>19</sup>.

En ce qui concerne l'alcool, dont la consommation nocive et dangereuse a un impact indiscutable sur la santé des personnes, des conséquences sociales et économiques et tend à contribuer aux inégalités en matière de santé, la Commission européenne a publié une communication sur ce sujet en octobre 2006, dont le but est de cartographier les actions déjà en place au niveau national, en identifiant les bonnes pratiques ainsi que des domaines d'importance socio-économique et de pertinence communautaire dans lesquels de nouveaux progrès peuvent être réalisés. L'une des cinq priorités d'action est la protection des jeunes et des enfants de la consommation nocive d'alcool<sup>20</sup>. Le rôle de l'UE, qui encore une fois est basé sur le principe de subsidiarité, est de soutenir les États membres, de financer des projets pertinents et d'encourager la coopération entre les parties intéressées. Un premier rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie a été publié en septembre 2009<sup>21</sup>.

En septembre 2008, la Commission a publié un plan d'action antidrogue de l'UE (2009-2012), qui s'accompagne de l'évaluation du premier plan d'action qui couvre la période 2005-2008, et a pour objectif de mettre en œuvre la stratégie antidrogue de l'UE 2005-2012. Bien que la législation en matière de drogue est principalement une question de compétence natio-

**Le thème des inégalités en matière de santé fait l'objet d'une attention politique croissante depuis quelques années.**



nale, le rôle de l'UE dans les domaines de la justice et de la santé publique est reconnu par le Traité. Les deux piliers principaux du plan sont la réduction de la demande de drogue et d'offre de drogue, tout en comprenant des thèmes transversaux – la coordination, la coopération et l'information internationales ainsi que la recherche et l'évaluation. Dans le cadre de ses efforts de mobilisation, la Commission a également lancé sa campagne européenne d'action sur la drogue en juin 2009, alors que dans les Conclusions du Conseil de janvier 2011, les États membres sont invités à travailler en étroite collaboration avec les organisations de la société civile au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique antidrogue au niveau national. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies publie régulièrement des rapports annuels et thématiques qui présentent un intérêt<sup>22</sup>.

En relation avec l'alimentation, dans le cadre de la politique agricole commune, la Commission européenne gère depuis plus de 20 ans un programme dont le but est de distribuer de la nourriture aux plus vulnérables. Basé initialement sur la distribution des excédents, le programme a été progressivement amendé pour permettre de compléter les excédents, qui diminuaient, par des achats sur le marché privé. La participation des États membres au programme est volontaire et, en 2010, 19 d'entre eux ont participé au programme. De récentes révisions proposées par la Commission ont permis d'augmenter le budget de l'UE disponible dans le cadre du programme, le plafond se situant à présent à 500 millions d'euros par an ; cela a également permis d'introduire un certain nombre d'améliorations, notamment des considérations diététiques. Toutefois, l'avenir du programme reste incertain et la base d'un tel programme reste controversée, à tel point que certains États membres ont saisi la Cour européenne de justice dans une affaire qui y est liée<sup>23</sup>.

Enfin, pour ce qui a trait à la violence liée au genre, il convient de mentionner qu'en septembre 2010, la Commission a adopté une Stratégie en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes pour la période 2010-2015, dans laquelle on reconnaît l'étendue du problème de la violence contre les femmes et qui prévoit l'adoption d'une Stratégie à l'échelle de l'UE pour lutter contre la violence faite aux femmes ainsi que la promotion de l'égalité entre les sexes dans les politiques d'immigration et d'asile et de santé<sup>24</sup>.

## CONCLUSION

Il apparaît assez clairement de ce qui précède qu'au cours des quatre dernières années, un grand nombre d'initiatives politiques pertinentes et prometteuses ont été élaborées et mises en œuvre au niveau de l'UE en ce qui concerne la santé, qui ont un impact dans la lutte contre le sans-abrisme. Espérons que ces initiatives seront le point de départ d'une attention et d'un engagement renouvelés vis-à-vis de la santé et du bien-être de chacun d'entre nous, notamment ceux qui, en raison d'un certain nombre de circonstances, sont les plus vulnérables.

Bien que, pour des raisons évidentes, j'ai décidé de me concentrer sur les politiques qui sont directement pertinentes par rapport à la santé et au sans-abrisme – et pour lesquelles l'UE ne joue globalement qu'un rôle subsidiaire, je souhaiterais conclure en disant que l'on peut en dire beaucoup plus sur les domaines politiques pertinents par rapport au sans-abrisme qui ne sont pas nécessairement liés à la santé et pour lesquels l'action de l'UE a un impact direct sur la vie des gens, notamment la manière dont on accorde aux personnes l'accès à leurs droits.



## Accès aux soins de santé pour les personnes sans domicile en Europe du Nord : la perspective danoise/scandinave

Par **Henrik Thiesen**<sup>1</sup>, MD, Directeur de l'Équipe de santé de la Communauté des sans-abri à Copenhague, Membre de l'ENHW de la FEANTSA au nom de la Confédération du logement pour les personnes sans-abri (SBH)<sup>2</sup>, Danemark

Au cours des dix dernières années, des projets ont eu pour objectif de décrire et de mettre en œuvre des soins de santé destinés aux personnes marginalisées pour différentes raisons. Différents problèmes de santé spécifiques au sein de groupes de personnes spécifiques ont été traités et cela a mené à une vision plus large des maladies que l'on peut trouver chez les personnes socialement vulnérables. Il y a peu de correspondance entre la plupart des recherches qui sont réalisées sur la santé des personnes sans-abri et les projets pratiques mis en œuvre pour améliorer la santé des personnes sans domicile.

Au fil des ans, l'accès aux soins de santé pour les personnes qui sont marginalisées dans les sociétés scandinaves a été étudié et publié dans plusieurs rapports, mais les recherches qui envisagent le sans-abrisme et l'accès aux soins de santé n'intègrent pas souvent la manière dont les personnes sans domicile utilisent les soins de santé et la manière dont la structure du système général de santé peut promouvoir ou obstruer, non l'accès aux soins de santé, mais l'accès *systématique* aux mesures de santé et de prévention qui amélioreraient leur santé tout au long de l'année plutôt que de traiter des problèmes de santé isolés.

Pour voir plus clairement pourquoi les personnes sans domicile utilisent les soins de santé comme ils le font, nous devons nous pencher de plus près sur différents groupes de personnes et également relier ces groupes aux éléments de preuves indirectes provenant d'autres domaines pour avoir une vue générale de la situation. Ce qui est intéressant, c'est qu'en regardant comment les personnes vulnérables utilisent les soins de santé, nous avons également une idée des défauts de nos systèmes de santé qui influencent tous les patients quel que soit leur statut social. Quand on envisage les défauts des soins de santé aux personnes vulnérables, nous envisageons aussi directement les défauts du système qui coûtent énormément d'argent et qui, s'ils étaient traités correctement, permettraient de dégager des fonds pour d'autres objectifs.

Le problème principal quand on décrit l'accès des personnes sans domicile aux soins de santé est de bien définir les choses:

1. Qui est sans-abri et qu'est-ce que le sans-abrisme?
2. Quelle est la santé générale de ceux que nous décrivons comme sans-abri; quel type de maladies voyons-nous et quel est le poids de ces maladies chez ces personnes par rapport au reste de la population?
3. Étant donné que chaque personne sans domicile a accès aux soins de santé gratuits, quels sont les freins et comment les personnes sans domicile utilisent-elles le système de santé?

Quand ces conditions de base sont décrites, il est possible d'analyser au moins en partie la dynamique de l'utilisation des soins de santé et de décrire de quelle manière l'utilisation des systèmes de santé est un soutien ou une obstruction à la santé des personnes sans domicile ou marginalisées.

### QUI EST SANS-ABRI ET QU'EST-CE QUE LE « SANS-ABRISME » DANS LES RAPPORTS SUR LA SANTÉ?

La définition du « sans-abrisme » n'a pas, dans les rapports scandinaves que je connais, été standardisée pour permettre des comparaisons. Dans le travail initial réalisé lors de mon propre rapport en 2005<sup>3</sup>, nous avons ciblé les personnes qui dorment dans la rue et les avons définies comme étant les personnes « sans toit depuis au moins 14 jours » alors que, dans une étude similaire réalisée à Stockholm en 2001<sup>4</sup>, on a utilisé une définition plus large. Dans une série de rapports<sup>5</sup> sur la santé des personnes sans domicile, destinés au Conseil pour les personnes socialement marginalisées, le cas de 1290 personnes a été étudié. On a tenté, dans cette étude, de comparer ce groupe de personnes à la population générale, mais les critères d'inclusion étaient vagues parce que les interviews ont été réalisées par des personnes qui n'étaient pas des professionnels de la santé et par les individus eux-mêmes. Les personnes interrogées étaient classées dans différents groupes : les alcoo-

[L]a structure du système général de santé peut promouvoir ou obstruer [...] l'accès systématique aux mesures de santé et de prévention qui amélioreraient [la] santé [globale] plutôt que de traiter des problèmes de santé isolés.

<sup>1</sup> [alkodoktor@dadlnet.dk](mailto:alkodoktor@dadlnet.dk)

<sup>2</sup> <http://www.sbh-boformer.dk>

<sup>3</sup> Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Kontaktstedet Mændenes Hjem og Kontaktstedet Forchammersvej. H.Thiesen & J. Schacke Copenhagen, 2004. On peut trouver un extrait en anglais à l'adresse <http://www.hjemloesesundhed.dk/downloads/Extract%20of%20the%20Health-project%20evaluation%20report.pdf>

<sup>4</sup> En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm – Stockholms Läns Landsting / Karolinska institutet, 2001, ISBN 91-631-1795-9 (Une étude clinique pilote sur 35 sans-abri à Stockholm) peut être commandé à l'adresse <http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=905&cid=288&ptitem=69&tpage=0&saitem=7> (texte en suédois)

<sup>5</sup> SUSY UDSAT - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007 (Profil social des personnes socialement vulnérables au Danemark 2007) [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy\\_udsat\\_rapport\\_090408.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_udsat_rapport_090408.pdf) (texte en danois)



liques, les malades psychiatriques, les personnes sans domicile, les toxicomanes, les personnes pauvres et les autres. Cette répartition peut poser des problèmes et ne pas avoir de sens si le contexte n'est pas décrit. De nombreuses personnes sans domicile peuvent avoir des problèmes liés à plusieurs de ces groupes et la ligne de démarcation entre chaque groupe est discutable.

La typologie ETHOS semble être l'outil le plus valable et le plus adéquat pour décrire les situations de sans-abrisme, mais son utilisation ne convient que quand on décrit le sans-abrisme à moment donné dans le temps. En essayant d'utiliser ETHOS pour suivre l'état des patients dans mon équipe, nous avons évalué leur « score » ETHOS tous les 6 mois, mais le résultat ne s'est pas révélé utile. Un patient, par exemple, dormait dans la rue au moment de son admission, a vécu dans un refuge pendant 6 mois et a quitté le refuge à nouveau juste avant la fin des 6 mois. Le résultat était qu'il ne semblait pas y avoir de changement, mais il s'agissait en réalité d'une série de situations de logement qui ont mené à un logement permanent 2 ans plus tard.

Les citoyens scandinaves ont souvent un large éventail de soins de santé à leur disposition et le groupe décrit est composé de personnes qui, pour plusieurs raisons, sont sans-abri pour une période de temps déterminée, qui entrent et sortent du sans-abrisme ou que l'on peut retrouver dans ou hors de cette situation de sans-abrisme au cours d'une période plus longue.

### **QUELLE EST LA SANTÉ GÉNÉRALE DE CEUX QUE L'ON DÉCRIT COMME « SANS-ABRI », QUEL TYPE DE MALADIE VOYONS-NOUS ET QUEL EST LE POIDS DES MALADIES CHEZ CES PERSONNES EN COMPARAISON AVEC LE RESTE DE LA POPULATION ?**

Une fois le sans-abrisme défini, la description de la santé constitue la barrière suivante. Les professionnels de la santé ne mènent que très rarement des examens médicaux directs; les évaluations psychiatriques sont plus courantes. Les plus marginalisées des personnes sans domicile, comme celles qui dorment dans la rue, ne sont en général pas comprises et la confusion est largement répandue; ce qui biaise les comparaisons cliniques entre groupes de personnes sans domicile et entre personnes sans domicile et la population dans son ensemble.

Quand les soins de santé sont universels et publics, comme c'est le cas en Scandinavie, il y a peu de soins de santé privés et ils ne sont clairement pas utilisés par les personnes vulnérables.

Le numéro de sécurité sociale est dès lors un outil, disponible en Scandinavie, pour évaluer tous types de contacts avec le système de santé. L'accès à ce numéro et la permission de l'utiliser permet d'avoir une idée de la santé générale en regardant comment la personne utilise le système de santé et ce qui a été diagnostiqué quand elle a contacté le système.

L'utilité de ces données est limitée aux informations qui concernent la santé générale des personnes et par le fait que de nombreuses personnes sans domicile utilisent le système de santé quand elles ne peuvent plus retarder un traitement, ou de façon semi aléatoire par rapport à ce qui survient et qui est le plus important à moment donné. Une personne alcoolique, par exemple, sera plus encline à chercher de l'aide pour arrêter de boire à la fin du mois quand ses allocations sociales sont épuisées qu'au début du mois quand elle a de l'argent à disposition.

Utiliser les données qui concernent les contacts avec les soins de santé ne permet toutefois pas de déterminer le besoin de traitement d'une personne, et cela n'indique pas non plus la complexité de ses problèmes de santé.

Dans le rapport mentionné ci-dessus sur les personnes sans domicile qui dorment dans la rue, nous avons procédé à l'examen somatique minutieux de 75 personnes sans domicile chez qui nous avons recherché (par dépistage) des signes d'hépatite et de VIH; nous avons retracé leur histoire en matière de consommation de drogue et d'alcool et, le cas échéant, nous avons évalué leur dossier médical auprès des hôpitaux. Nous avons réalisé un dépistage de l'anxiété et de la dépression en utilisant les symptômes clé du 10<sup>e</sup> Classement International des Maladies<sup>6</sup>. Les registres nationaux d'admissions à un hôpital et de diagnostics somatiques et psychiatriques, les registres de décès et les registres de traitement de la drogue ont été reliés à la totalité du groupe. Par le biais de cette méthode qui prend beaucoup de temps, nous avons découvert en moyenne 6,5 troubles somatiques, 1,7 troubles psychiatriques chroniques et 5,5 troubles liés à la toxicomanie chez ces personnes sans domicile. Nous avons également trouvé que, indépendamment d'une autre consommation de drogue,

6 <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>





l'alcool était la drogue la plus nuisible pour la santé en général. Les résultats de l'étude de Stockholm de 2001 étaient similaires.

Quand on prend en considération cette observation directe, nombre des résultats basés sur les données peuvent être utilisés pour obtenir une image plus complète des problèmes de santé générale chez les personnes sans domicile et cela permet également de donner certains conseils sur la manière de traiter ces problèmes. Les données générales en provenance du système de soins de santé donnent également une image du poids de la maladie chez ces personnes par rapport à la population générale et par rapport à d'autres groupes de personnes socialement vulnérables. Ces données montrent généralement que les personnes sans domicile ont un niveau plus important de tous les types de maladies que n'importe quel autre groupe de personnes, y compris les personnes les plus défavorisées de la société.

### **ÉTANT DONNÉ QUE TOUTES LES PERSONNES SANS DOMICILE ONT ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ GRATUITS, QUELLES SONT LES FREINS ET COMMENT LES PERSONNES SANS DOMICILE UTILISENT-ELLES LE SYSTÈME DE SANTÉ?**

Il est donc difficile de décrire les problèmes de santé, les facteurs d'influence en sont multiples et la complexité des maladies est grande en quantité et en composition. En raison de nombreux facteurs concurrents, il est impossible de dire quoi que ce soit concernant la combinaison des maladies et des problèmes que les personnes sans domicile vont avoir, mais on peut déduire certaines tendances intéressantes en combinant ces différentes recherches à la connaissance et à la dynamique des systèmes de santé.

L'un des postulats fondamentaux dans le cadre de notre travail entre 2000 et 2004 était que les personnes sans domicile sont en très mauvaise santé parce qu'elles consomment de la drogue et boivent en excès et n'ont pas accès aux soins de santé parce qu'elles sont exclues de ces services. Quand nous avons combiné les connaissances concernant les individus avec les données sur le système, nous avons observé une utilisation très fréquente des services hospitaliers, principalement les services d'urgence, mais les maladies traitées aux urgences étaient très différentes de celles observées lors du dépistage somatique. En d'autres termes, il y avait une diver-

gence entre les maladies chroniques graves observées chez presque tous les sujets et les traumatismes et les problèmes aigus liés à l'alcool traités dans les services d'urgence.

Ce qui est apparu clairement et a été souligné par des études ultérieures est l'absence de cohésion des services et de la communication entre les systèmes et que cela constituait l'un des principaux freins à l'amélioration de la santé de ces personnes. Le problème n'était pas que les services d'urgence étaient la seule manière d'obtenir un traitement, mais que dans le cadre du système de soins de santé universelle, le système est géré par des « vigiles » qui sont supposés donner un traitement aussi vite que possible, au niveau le plus bas possible et qui soit le moins cher possible. Ce rôle est dévolu aux médecins généralistes et ce que nous avons observé est qu'un pourcentage très faible de nos patients voyait régulièrement son généraliste.

Le dernier rapport<sup>7</sup> à l'intention du Conseil pour les personnes socialement marginalisées montre que le groupe de personnes vulnérables sélectionnées en 2007 utilisait beaucoup plus souvent les services hospitaliers pour leurs soins de santé que le Danois moyen, et cela a été confirmé par un article paru en 2010<sup>8</sup> dans lequel on montrait que les personnes pauvres utilisent beaucoup moins les services d'un généraliste que des groupes comparables de personnes qui ne sont pas sous la limite de la pauvreté. Une évaluation rapide de 512 patients par mon équipe de rue actuelle montre que 359 d'entre eux (70%) ne connaissent pas leur généraliste.

### **QUELS ENSEIGNEMENTS PEUT-ON TIRER?**

On peut nuancer deux mythes concernant les soins de santé dans les systèmes universels. Le premier est que les problèmes de santé sont dus à un manque de traitement. Ce n'est pas vrai dans le sens que le traitement est effectivement donné, mais la coordination et la poursuite du traitement font défaut. Il semble également que le traitement soit toujours axé sur les besoins immédiats et qu'on ne s'occupe pas des maladies chroniques parce que ces dernières requièrent un contact coordonné et de longue durée. Le second est que seuls les soins de santé d'urgence sont disponibles pour les personnes sans domicile. C'est vrai dans le sens où la coordination fait défaut.

**[L]'absence de cohésion des services et de la communication entre les systèmes [constitue] l'un des principaux freins à l'amélioration de la santé de[s individus].**

7 Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet (l'utilisation des services de santé par les groupes de personnes socialement vulnérables) [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/socialt\\_udsattes\\_brug\\_af\\_sundhedsv%C3%A6snet\\_-\\_endelig\\_rapport.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/socialt_udsattes_brug_af_sundhedsv%C3%A6snet_-_endelig_rapport.pdf) (texte en danois)

8 Revenus faibles et nombre de contacts avec le médecin généraliste. J. N. Arendt, Ugeskr Læger 2010;172(21):15191-15197, Article en danois, mais un résumé en anglais est disponible à l'adresse: [http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT\\_FOR\\_LAEGER/Artikelvisning?pUrl=/UGESKRIFT\\_FOR\\_LAEGER/TIDLIGERE\\_NUMRE/2010/UFL\\_2010\\_21/UFL\\_2010\\_172\\_21\\_15191](http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/Artikelvisning?pUrl=/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2010/UFL_2010_21/UFL_2010_172_21_15191)



## Les systèmes de santé pour les personnes sans-abri montreront peut-être la voie aux services de santé pour la population générale dans quelques années.

Le coordinateur clé dans un système universel est le médecin généraliste et une grande proportion de personnes sans domicile n'est pas capable de prendre rendez-vous avec son généraliste pour plusieurs raisons. Le système secondaire, hospitalier est de plus en plus spécialisé et automatisé, ce qui veut dire que les unités individuelles perdent leur capacité à détecter d'autres problèmes de santé et elles perdent leur capacité à se coordonner en dehors de leur propre cadre.

Cela signifie que deux fonctions doivent être réorganisées pour garantir l'égalité d'accès à des soins de santé *corrects*. La première en est la coordination interne au sein du système hospitalier et la seconde est la modification de la pratique générale et des soins de santé primaires.

Il existe quelques exemples de pratiques couronnées de succès:

À Copenhague, un projet du nom de « projet infirmier/ère sociale » a été lancé il y a un an. Dans ce cadre, des infirmier/ère/s dédiées ayant une connaissance des questions et des problèmes de santé spécifiques liés aux systèmes de traitement aident les toxicomanes à finir leur traitement à l'hôpital et en même temps, travaillent en liaison avec le personnel habituel pour désamorcer les conflits et coordonner le traitement avec les services sociaux et les services de traitement de la drogue<sup>9</sup>.

À Londres, le Dr. Nigel Hewett, qui a commencé à soigner les personnes sans domicile dans un cabinet de médecine générale il y a plus de 10 ans<sup>10</sup>, a mis sur pied un service de médecine générale de coordination au sein de l'University College Hospital de Londres dont le but est d'apporter un soutien aux personnes sans domicile à la fois au cours de leur hospitalisation et après leur sortie de l'hôpital<sup>11</sup>.

En ce qui concerne les soins de santé dans un cabinet de médecine générale modifié en dehors du système hospitalier, une clinique de rue comprenant les services d'un généraliste, d'un dentiste et d'autres services de santé existe à Stockholm depuis 2001<sup>12</sup>.

Notre équipe à Copenhague a démarré en 2005, et a fait complètement tomber les murs de la clinique pour

s'attaquer à ce que notre étude a montré, à savoir que c'est le système autour du médecin généraliste qui constitue un frein et non le médecin généraliste elle/ lui-même. L'équipe de santé pour les personnes sans domicile de Copenhague<sup>13</sup> est une entité de médecine générale qui est entièrement organisée sous forme de réseau. Le retrait de la clinique a également levé la dernière barrière pour ceux qui ne peuvent trouver de place spécifique à un moment donné spécifique. En tant qu'entité de médecine générale, nous pouvons traiter tous les problèmes quand ils surviennent, nous pouvons envoyer des patients vers le système secondaire et surtout, nous pouvons coordonner le traitement des problèmes de santé chroniques, qui constituent l'obstacle principal à l'amélioration de la santé, plutôt que de prescrire un traitement seul. S'approvisionner en médicaments est un autre obstacle à un traitement continu et l'équipe fournit des médicaments à tous ceux qui en ont besoin.

La question des migrants sans papiers n'a pas été abordée ici. Ce groupe de personnes se voit souvent refuser l'accès aux soins de santé par les États individuels ou les patients doivent payer tout traitement qui ne serait pas de type aigu. Même si le migrant obtient une ordonnance, il n'a peut-être pas l'argent nécessaire pour acheter les médicaments ; la santé des migrants sans domicile se dégrade alors rapidement. Cette question doit être traitée et de préférence au niveau supranational. Les petites unités souples comme l'Équipe de santé peuvent apporter beaucoup en ce qui concerne les soins de base et ce, avec des moyens peu importants, mais les financements peuvent s'assécher si les systèmes nationaux ou régionaux n'apportent pas de subventions.

De nombreux petits projets relatifs à la santé des personnes sans-abri ont permis d'améliorer la santé générale des personnes sans domicile, mais nombre des problèmes graves de coordination au sein de grands systèmes de santé semblent s'accroître, ce qui démontre qu'il convient de consentir des efforts concertés si nous voulons éviter des problèmes de santé encore plus graves chez des patients qui souffrent de problèmes multiples.

Les systèmes de santé pour les personnes sans-abri montreront peut-être la voie aux services de santé pour la population générale dans quelques années.

9 Projekt socialsygeplejerske (Project Social-nurse), <http://kabs.dk/organisation/kabs-viden/projekt-socialsygepleje.aspx> (texte en danois)

10 How to provide for the primary health care needs of homeless people: what do homeless people in Leicester think? N C Hewett. Br J Gen Pract. 1999 October; 49(447): 819.

11 <http://www.uclh.nhs.uk/news/pages/uclhhomelessprojectscoopstopaward.aspx>

12 Gratis sjukvård för de allra mest utsatta [http://www.lakartidningen.se/old/content\\_0332\\_33/pdf/2497\\_2499.pdf](http://www.lakartidningen.se/old/content_0332_33/pdf/2497_2499.pdf) (texte en suédois)

13 Équipe de santé pour les personnes sans-abri ( <http://www.hjemlosesundhed.dk/?English> )



## Des soins de santé dysfonctionnels pour les personnes sans domicile à Barcelone

Par **Joan Uribe Vilarrodona**<sup>1</sup>, titulaire d'un doctorat en Anthropologie sociale, Directeur des Services Sociaux de Saint Jean de Dieu, Barcelone, Espagne

Cet article se base sur les résultats d'une étude sur l'état des soins de santé pour les personnes sans domicile à Barcelone<sup>2</sup>. Cette étude avait été réalisée pour combler le manque d'informations sur les besoins de ces personnes en matière de soins de santé, un problème qui était pour le moins méconnu.

L'enquête sur la santé de Catalogne (connue sous l'acronyme espagnol « ESCA ») a été utilisée, adaptée à la population sans domicile, pour interroger 611 personnes représentant l'ensemble de la population sans domicile à Barcelone – une moyenne de 1900 personnes chaque jour, ce qui suggère une population totale d'environ 3000 personnes par an.

En outre, l'enquête nous a permis de mettre à jour et d'étendre notre connaissance des différents profils et de la situation sociale des personnes sans domicile, ainsi que d'analyser trois aspects relatifs à leur santé : L'état réel de leur santé

Leur propre perception de leur santé

Les soins de santé auxquels elles ont accès.

On a constaté qu'aucun de ces trois aspects ne concordait : ces personnes n'ont pas conscience de leur mauvaise santé et les soins de santé dont elles bénéficient ne sont pas adaptés à leurs besoins.

Concernant le profil sociodémographique, certaines de nos données les plus importantes suggèrent un groupe composé de 87,7% d'hommes et de 12,3% de femmes. Une petite majorité (50,7%) de ces personnes n'est pas espagnole. Quelques 22,7% de ces personnes sont nées à Barcelone.

En règle générale, l'âge moyen est de 44,5 ans. Ces personnes vivent et passent la plupart de leur temps dans l'espace public.

Pour être plus précis, 32,9% vivent dans l'espace public. Quelques 26,7% passent la nuit dans des centres d'accueil, 26% dans des centres d'hébergement pour les personnes sans domicile, 8,3% dans des cabanes, taudis ou tentes, et 5,6% dans des appartements sociaux ou des appartements partagés temporairement avec d'autres personnes.

En général, la plupart de ces personnes ne sont pas dans cette situation depuis plus de trois ans : 27,6% depuis moins de six mois et 46,9% entre six mois et trois ans. Un quart de ces personnes (25,9%) se trouve dans une situation plus chronique et plus permanente de sans-abrisme.

Certaines données sur leurs modes de vie et leur environnement socioéconomique indiquent que plus de la moitié des personnes interrogées (55%) ne bénéficie d'aucune aide et que pratiquement 33% des personnes dans cette situation devaient survivre avec un revenu mensuel moyen de 274,54 €.

Quelques 13% travaillent, principalement dans des emplois précaires avec un salaire mensuel moyen de 866,16 €.

Toutefois, contrairement à ce très faible taux d'emploi, la plupart de ces personnes dispose d'un diplôme primaire (66,4%, parmi lesquels 45,6% ont terminé leurs études), 9,8% possèdent un diplôme, et le taux d'analphabétisme (2,7%) est similaire à celui de la population générale.

Concernant les résultats sur la santé, 79,2% ont des troubles chroniques – de un à plus de trois. Il convient de noter que 41% des femmes et 24% des hommes ont plus de trois troubles chroniques, soit une moyenne plus élevée que la population générale.

Il y a également une corrélation entre la morbidité conséquente à des maladies chroniques et la période de sans-abrisme : au plus longtemps cette période vient à persister, au plus élevé sera le taux de morbidité. Les maladies les plus fréquentes, par ordre d'importance, sont :

- Musculosquelettiques (67,6%)
- Cardiovasculaires (57,2%)
- Maladies mentales (49,1%)
- Toxicomanie – alcoolisme (28%) et autres drogues (18,2%)

Un lien direct a été établi entre le sans-abrisme et la qualité et le nombre d'heures de sommeil, les troubles mentaux - stress, anxiété et peurs - ainsi que

<sup>1</sup> [juribe@ohsjd.es](mailto:juribe@ohsjd.es)

<sup>2</sup> Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària; Uribe, J., Alonso, S.; Fundació Jaume Bofill, Barcelona, 2009. <http://www.bofill.cat/index.php?codmenu=11&publicacio=507&submenu=false&SC=12012007040643&titol=&autor=&ordenat=&&tags=>

Pour une copie du livre (en espagnol) veuillez contacter l'auteur par email [juribe@ohsjd.es](mailto:juribe@ohsjd.es)



les maladies chroniques neurologiques et musculosquelettiques. Les troubles mentaux sont les troubles les plus fréquemment traités, en particulier avec des médicaments destinés à faire baisser la tension ou faire disparaître les insomnies<sup>3</sup>.

Lorsque l'on se concentre sur la morbidité avec l'utilisation de médicaments et services, une différence entre la morbidité et les traitements est généralement mise en exergue :

- 77,8% des personnes diagnostiquées avec une maladie chronique cardiovasculaire ne prennent pas de médicament.
- 50,5% des personnes souffrant de troubles chroniques musculosquelettiques ne reçoivent pas les traitements pharmacologiques prescrits par un médecin.
- 45% et 35,75% des personnes qui ont besoin de médicaments contre le VIH/SIDA et les diabètes affirment respectivement ne pas prendre ces médicaments.

On constate également que les personnes sans domicile tendent à demander un traitement médical uniquement en situation critique, à savoir dans une phase d'urgence et non dans une phase de suivi ou de prévention. Par conséquent, les professionnels de la santé sont consultés essentiellement à travers les services d'urgence ou durant des situations de santé critiques, et non dans le cadre d'un traitement continu des maladies des personnes sans domicile.

Deux fois par an en moyenne, et en termes concrets au moins une fois, plus de la moitié des personnes sans domicile (52,7%) a consulté ou s'est rendue dans un service d'urgence, dont 94,4% dans des hôpitaux publics.

Au cours des douze mois précédents l'entretien, quelques 20,8% de ces personnes avaient été hospitalisées pendant au moins une nuit.

Par ailleurs, il convient de souligner que les personnes qui vivent dans des centres d'hébergement sont celles qui consultent le plus facilement des professionnels de la santé. Par conséquent, il existe un lien entre le fait d'être relié à des services sociaux pour les personnes

sans domicile – centres d'hébergement, supervision professionnelle, etc. – et la réception de soins de santé continus. De fait, la fréquence et le pourcentage élevé de personnes sans domicile qui passent la nuit dans des centres d'hébergement et qui ont consulté des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux sont de 41,4% et de 45% dans les foyers d'accueil et de 26,1% et de 26,5% dans les centres d'hébergement. À l'inverse, seuls 31% des sans-abri ont consulté un professionnel de la santé ou un travailleur social.

À la lumière de ces résultats, il convient de mettre en exergue le concept des inégalités en matière de santé – la vulnérabilité ou les risques rencontrés par une certaine partie de la population, notamment au niveau de la couverture santé ou de l'utilisation des services de santé – ce qui démontre que les personnes sans domicile sont généralement confrontées à d'importantes situations d'inégalité, avec de graves implications pour leur santé et leurs chances de survie.

## PROPOSITIONS

L'objectif de l'Union européenne de mettre un terme au sans-abrisme de rue d'ici 2015 est difficile à atteindre, c'est le moins que l'on puisse dire. Il pourrait même s'avérer impossible si l'on n'augmente pas les efforts et les ressources à cette fin.

Une hausse importante des ressources disponibles et une amélioration de leur coordination sont perceptibles à Barcelone. Néanmoins, notre modèle actuel de croissance socio-économique intègre la création et le maintien de poches de pauvreté à un taux trop élevé, ces poches ayant tendance à augmenter en volume et en intensité et à devenir permanentes.

Tout cela est aggravé par l'apparition de cadres juridiques punitifs critiqués par nombre de cercles sociaux et universitaires, qui criminalisent la pauvreté et créent ainsi un nouveau problème, celui de la légitimation institutionnelle tacite de la stigmatisation des personnes exclues sur le plan social.

Étant donné ces observations, et étant donné l'absence de politiques permettant une meilleure coopération entre la santé et les services sociaux concernant

<sup>3</sup> Nous considérons qu'étant donné que le taux de morbidité est de 49,1%, soit pratiquement une personne sur deux, un plan spécifique devrait être mis en œuvre d'urgence pour aborder la santé mentale des personnes sans domicile.



les personnes sans domicile, différentes propositions ont été élaborées :

1. Des canaux et/ou accords sont nécessaires pour éliminer le décalage avec la morbidité du groupe étudié. Les soins de santé devraient être révisés ou mis en œuvre, notamment durant la phase de suivi de la maladie.
2. Le système de santé devrait être plus accessible pour les personnes sans domicile et faciliter leur accès aux programmes de prévention et de traitement. Nous suggérons que la facilitation de l'accès pour cette partie de la population pourrait faciliter les actions dans ce domaine en plus de celles qui seraient mises en œuvres pour le grand public.
3. Des canaux et/ou accords sont nécessaires pour éliminer le décalage avec la morbidité du groupe étudié. Les soins de santé devraient être révisés ou mis en œuvre, notamment durant la phase de suivi de la maladie.
4. Nous proposons également des conventions concrètes visant à aborder :
  - a. La recherche de liens entre le domaine de la santé – défini par des politiques, objectifs, facteurs et intérêts – et le domaine social, défini par d'autres, pour développer la communication, des objectifs et un travail conjoint avec les personnes sans domicile ;
  - b. La possibilité d'intégrer les soins primaires en tant que méthode naturelle et efficace dans le suivi de la santé des personnes sans domicile ;
  - c. Les personnes sans domicile quittant les services d'urgence, après des soins rapides ou une hospitalisation : la coordination et le suivi social devraient fournir un accompagnement et une continuité du travail en matière de santé ;
  - d. Le travail basé sur le parcours personnel de la personne bénéficiant de soins : le parcours unique de la personne soignée, indépendamment du temps, de l'organisation ou de l'institution et du secteur social ou de la santé qui fournit le service ;
  - e. Le suivi d'une personne par des professionnels dans chaque cas.
5. Nous comprenons que le domaine de la santé nécessite un allié externe qui, en raison de l'état de santé et de la situation personnelle de ces personnes, aide les personnes sans domicile à prendre en charge leurs besoins en termes de santé. Il est par conséquent nécessaire de garantir une meilleure coordination entre les associations, les institutions et les organisations qui travaillent avec ces personnes en unifiant les critères et les conventions pour la prise en charge, la coordination et le suivi de ces cas, un aiguillage des personnes qui ont reçu l'une ou l'autre forme de soins basiques, et des bases de données unifiées. Nous ne faisons pas seulement référence aux associations et organisations de la sphère sociale, mais également aux services sociaux en relation avec les services de santé pour permettre une coordination formelle générique, en offrant à ces personnes un traitement et un suivi avec les mêmes chances de succès que la population générale.
6. En outre, et à la même fin, il convient de prendre en considération l'étendue des ressources sociales en impliquant notamment davantage les services de santé et de santé mentale pour certains profils, moins indépendants, de façon occasionnelle ou permanente, dans les ressources sociales telles que les centres d'accueil et les appartements sociaux.
7. Enfin, les cas de violence directe ou structurelle, qui atteignent l'opinion publique et qui ne représentent qu'une infime mais néanmoins douloureuse partie de ce que doivent endurer les personnes sans domicile, contribuent évidemment à la persistance des préjugés, maintenus en partie par les messages institutionnalisés résultant de cadres légaux qui criminalisent la pauvreté et l'exclusion. Tout cela ne fait qu'ajouter des difficultés pour les personnes sans domicile, notamment dans le domaine de l'accès aux soins de santé. Pour cette raison, nous considérons qu'il convient de redoubler les efforts pour éduquer la société et ainsi contribuer à lutter contre les préjugés négatifs concernant les personnes sans domicile.

**Le système de santé devrait être plus accessible pour les personnes sans domicile et faciliter leur accès aux programmes de prévention et de traitement.**



# La santé des femmes dans les foyers d'accueil pour femmes aux Pays-Bas

Par Irene Jonker<sup>1</sup>, Chercheuse au ministère des Soins primaires et communautaires, et Judith Wolf<sup>2</sup>, Professeur au ministère des Soins primaires et communautaires, Pays-Bas

Dans certains cas, les sévices sont tellement graves ou la violence est tellement menaçante que les femmes, et éventuellement leurs enfants, se rendent dans des centres d'hébergement pour femmes.

## INTRODUCTION

La prévention et la lutte contre la violence domestique figurent depuis déjà plusieurs années dans l'agenda politique et social. La dénomination « violence domestique » englobe toute forme de violence physique ou sexuelle, actuelle ou passée, entre partenaires intimes, adultes membres d'un ménage ou un enfant et un adulte (Sugg et al., 1999). La violence domestique est présente dans toutes les couches de la population et dans toutes les cultures de la société néerlandaise (Movisie, 2009). Si nous ne prenons en considération que la violence d'un (ancien) partenaire intime, quelques 12% de la population (1 Néerlandais sur 8) sont concernés (Dijk et al., 1997). La prévalence de la violence physique et/ou sexuelle par le partenaire actuelle ou passé est d'environ 25% aux États-Unis (Tjaden & Thoennes, 2000) et varie entre 4 et 30% en Europe (Hagemann-White, 2001).

Les femmes victimes de violence de la part d'un partenaire intime doivent faire face à des problèmes de santé plus graves. Non seulement elles sont souvent victimes de (graves) blessures physiques comme des plaies et des fractures (Stark et al., 1979), mais elles sont également confrontées à des problèmes psychosomatiques tels que des troubles de l'alimentation (Heise et al., 1999; Plichta, 2004), des troubles de stress post-traumatique (Woods et al., 2008), des dépressions (McCauley et al., 1995; Saunders et al., 1993) et des douleurs chroniques (Coker et al., 2000). Les plaintes physiques telles que les maux de ventre (Mark et al., 2008), les cystites (Bonomi et al., 2009), les problèmes gynécologiques (Letourneau et al., 1999) et les maladies sexuellement transmissibles (Plichta & Abraham, 1996) s'expriment souvent chez les femmes victimes de violence sexuelle. Par ailleurs, les femmes victimes de violence physique, sexuelle ou psychique ont également beaucoup plus de chances de consommer abusivement de cigarettes, d'alcool ou de médicaments (Campbell, 2002; Plichta, 2004).

Des études ont démontré ces problèmes perdurent souvent dans le temps et continuent d'avoir un effet sur les femmes longtemps après l'arrêt de la violence (Zlotnick et al., 2006).

Dans certains cas, les sévices sont tellement graves ou la violence est tellement menaçante que les femmes, et éventuellement leurs enfants, se rendent dans des

centres d'hébergement pour femmes. Aux Pays-Bas, quelques 16 000 femmes (et leurs enfants) ont eu recours à ces centres en 2007 (Fédération néerlandaise des foyers d'accueil, 2007).

Cet article analyse la santé des femmes qui ont recours aux centres d'hébergement pour femmes. Les données proviennent d'une grande enquête (Wolf et al., 2006) réalisée en 2005 sur l'ordre du ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports par des chercheurs du centre médical de l'Université Radboud de Nimègue et de l'Institut néerlandais de la santé mentale et des addictions.

## ENQUÊTE SUR LES CENTRES D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES

Durant l'enquête, des entretiens ont notamment été réalisés avec 218 femmes issues de 18 centres d'accueil pour femmes à travers les Pays-Bas (ce qui correspond à pratiquement la moitié de l'ensemble des centres d'accueil pour femmes aux Pays-Bas). Ces femmes ont été sélectionnées au hasard, l'objectif étant de rassembler un échantillon le plus représentatif possible. Avant l'entretien, il a été analysé si ces femmes répondaient bien aux critères fixés, à savoir :

- L'âge : 18 ans ou plus
- Le pays de naissance : nées aux Pays-Bas ou à l'étranger
- Les raisons de leur venue dans le centre : mauvais traitements aux mains d'un (ancien) partenaire ou autres
- Le stade du séjour : accueil d'urgence (de 1 jour à 3 semaines) ou accueil prolongé (trois semaines ou plus).

Parmi les 218 femmes, 114 séjournaient dans des centres d'urgence alors que 107 résidaient dans des centres d'accueil prolongé. L'âge moyen des 218 femmes participantes était de 32 ans. Plus de la moitié n'était pas d'origine néerlandaise (Suri-namiennes, Marocaines, Turques). Pour ainsi dire toutes les femmes avaient été maltraitées sur le plan psychique, une grande majorité (80%) avait également été victime de violence physique et un tiers de ces femmes avait déclaré avoir été victime de violence sexuelle. Les femmes n'étaient pas très instruites et leur taux d'emploi était faible.

1 Centre médical de l'Université Radboud de Nimègue, Email: [i.jonker@elg.umcn.nl](mailto:i.jonker@elg.umcn.nl)

2 Centre médical de l'Université Radboud de Nimègue, Email: [j.wolf@elg.umcn.nl](mailto:j.wolf@elg.umcn.nl)



### Avant les séjours dans des centres d'hébergement pour femmes

Avant leur entrée dans ces centres, une majorité (83%) de ces femmes vivait dans un logement indépendant. Les autres femmes vivaient chez des membres de leur famille (9%), sur base d'une sous-location, sans contrat de location (2%) ou occupaient un autre type de logement (6%). Un peu plus d'un tiers de ces femmes (37%) était, au moment de l'entretien, toujours inscrit dans la commune où elles habitaient avant, alors que la majorité (62%) s'était entre-temps inscrite dans une autre commune – vraisemblablement dans la commune où est sis le centre d'accueil – et 1% n'était inscrit dans aucune commune. La plupart des femmes (75%) vivaient précédemment avec leur (ancien) partenaire qui était également la personne qui les avait menacées ou maltraitées. Quelques 5% de ces femmes vivaient chez leurs parents, 7% vivaient chez des frères, sœurs ou autres membres de la famille, 4% vivaient dans leur belle-famille et 4% chez d'autres personnes. Seulement 4% de ces femmes vivaient seules, éventuellement avec leurs enfants, avant d'entrer dans le centre d'hébergement.

Lorsque ces femmes furent contraintes à fuir les menaces et les abus, 29% d'entre elles se sont directement rendues dans le centre d'hébergement pour femmes (où s'est déroulé l'entretien). Les autres femmes ont connu des parcours différents avant d'atterrir dans le centre d'hébergement. Pratiquement la moitié est d'abord passée par un autre centre d'hébergement pour femmes (47%), 43% ont vécu chez des proches, 13% ont séjourné dans un centre d'hébergement pour sans-abri et 41% ont connu (également) une autre forme d'hébergement. Ce qui saute aux yeux, c'est que parmi les femmes d'origine étrangère qui séjournent dans des hébergements d'urgence, quelques 7% ont d'abord vécu dans la rue avant d'entrer dans le centre d'hébergement (Wolf, et al., 2006).

Ces statistiques appuient l'enquête précédente de Wolf et al. (2003) qui mentionnait un accès relativement difficile au centre d'hébergement pour femmes. Les femmes passent souvent par différents centres d'hébergements pour femmes (Wolf et al., 2003).

### Autoévaluation de la santé physique et psychique

L'enquête mesure la qualité subjective de la santé de ces femmes en utilisant l'échelle de qualité de vie de Lehman (Lehman, 1983; Lehman et al., 1992; Lehman, 1995). Les femmes ont ainsi pu évaluer leur santé sur une échelle de 1 (exécrable) à 7 (excellente). Les femmes qui séjournaient dans des hébergements d'urgence avaient une mauvaise santé psychique (3.8). Dans les centres d'hébergement traditionnels, les femmes estimaient être en meilleure santé, mais leur santé psychique restait néanmoins assez moyenne (4.3). En termes de pourcentage, quelques

Tableau 1 Prise de médicaments par les femmes dans les centres d'hébergement pour femmes

| Prise de médicaments | Centre de crise<br>N <sub>range</sub> =111-112 |                                       | Centre d'hébergement classique<br>N=103 |                                       | Total<br>N <sub>range</sub> =214-215 |                                       |
|----------------------|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
|                      | Utilisation (%)                                | Nombre de jours (moyenne, écart type) | Utilisation (%)                         | Nombre de jours (moyenne, écart type) | Utilisation (%)                      | Nombre de jours (moyenne, écart type) |
| Qui                  | 57   |                                       | 63                                      |                                       | 60                                   |                                       |
| <b>Médicaments</b>   |  |                                       |   |                                       |                                      |                                       |
| Somnifères           | 13   | 11 (9)                                | 13                                      | 20 (9)                                | 13                                   | 15 (10)                               |
| Antidépresseurs      | 13   | 23 (10)                               | 8                                       | 27 (6)                                | 10                                   | 24 (9)                                |
| Calmans              | 19   | 19 (12)                               | 12                                      | 23 (10)                               | 15                                   | 20 (11)                               |
| Analgésiques         | 41   | 9 (10)                                | 50                                      | 10 (9)                                | 46                                   | 9 (10)                                |
| Antipsychotiques     | 2  | 26 (7)                                | 3                                       | 26 (6)                                | 2                                    | 26 (5)                                |

45% des femmes séjournant dans un centre d'hébergement pour femmes ne voulaient pas parler de leur santé psychique. Parmi la population néerlandaise, le pourcentage de femmes ayant des problèmes de santé psychique était nettement plus faible (19,2% en 2003, mesuré par l'Institut de la santé mentale) (RIVM, 2006).

Les femmes séjournant dans les deux types d'hébergement pour femmes estimaient que leur santé physique était moyenne (score moyen de 4,4 sur l'échelle de Lehman). En termes de pourcentage, quelques 57% de ces femmes estimaient que leur santé était bonne ou très bonne. Parmi la population néerlandaise, ce sont pas moins de 78% des femmes qui estiment que leur santé est bonne ou très bonne, soit un pourcentage nettement plus élevé (RIVM, 2005).

### Prise de médicaments

Environ 60% des femmes séjournant dans un centre d'hébergement pour femmes prennent des médicaments, un chiffre élevé par rapport à la prise de médicaments des femmes néerlandaises en général (environ 36%) (RIVM, 2005). La plupart des femmes interrogées prenaient des analgésiques. Venaient ensuite les calmants, utilisés par environ un cinquième des femmes séjournant dans des hébergements d'urgence et par 12% des femmes dans les autres centres d'hébergement. Les antipsychotiques étaient plus rarement utilisés. Le nombre de jours par mois que les femmes prenaient des médicaments dans des centres d'hébergement variait entre 9 et 23 jours dans



les hébergements d'urgence et entre 10 et 27 dans les autres centres de prise en charge. Les antidépresseurs, les calmants et les somnifères étaient les médicaments les plus souvent pris par mois. Rares étaient les femmes qui prenaient des antipsychotiques, mais celles qui le faisaient en prenaient pratiquement tous les jours.

Une petite partie de ces femmes, tant dans les centres d'urgence que dans les autres centres d'hébergement, avait consommé des drogues ou de l'alcool (8%). Il s'agissait principalement d'alcool et de cannabis, et parfois d'héroïne, de méthadone et de cocaïne. La consommation d'alcool représentait en moyenne trois jours au cours des trente derniers jours. Il convient de noter que quatre femmes séjournant dans un centre d'hébergement ont avoué consommer du cannabis et qu'elles le faisaient très

fréquemment (17 jours par mois). Les femmes d'origine néerlandaise séjournant dans des centres d'hébergement consommaient nettement plus de drogues et d'alcool que les femmes d'origine étrangère.

Tant dans les centres d'urgence que dans les centres d'hébergement classiques, plus de la moitié des femmes fumaient. Cela représente un pourcentage deux fois plus élevé que celui des femmes fumant aux Pays-Bas (STIVORO, 2004). Le nombre de fumeuses est nettement plus élevé parmi les femmes néerlandaises que parmi les femmes d'origine étrangère. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de quinze et ce nombre est comparable avec le nombre moyen de cigarettes fumées par la population néerlandaise (STIVORO, 2004).

**Tableau 2 Dépression des femmes séjournant dans des centres d'hébergement pour femmes**

|                                      | Centre d'hébergement d'urgence | Centre d'hébergement classique | Total  |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------|
| Dépression selon l'échelle CES-D (%) | N=95                           | N=83                           | N=178  |
| Pas de dépression <sup>i</sup>       | 20                             | 36                             | 28     |
| Légère dépression (16-20,5)          | 8                              | 14                             | 11     |
| Dépression modérée (21-30,5)         | 33                             | 27                             | 30     |
| Dépression grave (31 ou plus)        | 39                             | 23                             | 31     |
| <b>Score CES-D</b>                   |                                |                                |        |
| Moyenne <sup>ii</sup>                | 26.7                           | 22.1                           | 24.6   |
| Ecart type                           | (11.)                          | (11.)                          | (11.5) |

i LogReg: Pas de dépression vs Dépression: Urgence z=2.6, p=0.01, Origine étrangère z=2.0, p=0.04

ii LinReg: Urgence t=3.1, p<0.01; Origine étrangère t=3.1, p<0.01

**Tableau 3 Traumatismes chez les femmes séjournant dans des centres d'hébergement pour femmes**

|                                      | Centre d'hébergement d'urgence | Centre d'hébergement classique | Total       |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|
| Traumatismes selon l'échelle SVL (%) | N=89                           | N=75                           | N=164       |
| Traumatisées (SVL > 26) <sup>i</sup> | 87                             | 81                             | 84          |
| <b>Score SVL</b>                     |                                |                                |             |
| Moyenne (écart type)                 |                                |                                |             |
| Total SVL <sup>ii</sup>              | 44,1 (14,8)                    | 41,4 (17,8)                    | 42,9 (16,2) |
| Évitement <sup>iii</sup>             | 21,3 (8,4)                     | 21,8 (10,5)                    | 21,3 (9,5)  |
| Récidive <sup>iv</sup>               | 22,8 (8,3)                     | 19,6 (9,6)                     | 21,5 (9,4)  |

i LogReg: Femmes traumatisées vs non traumatisées d'origine étrangère z=2.8, p<0.01

ii LinReg: Origine étrangère t=3.4, p<0.01

iii LinReg: Origine étrangère t=2.9, p<0.01

iv LinReg: Urgence t=2.4, p=0.02; Origine étrangère t=3.0 p<0.01

### Depression

Les femmes séjournant dans des centres d'hébergement classiques sont moins touchées par la dépression que les femmes séjournant dans des hébergements d'urgence. Toutefois, nombre de femmes séjournant dans les deux types d'hébergement sont touchées par une forme de dépression. De fait, plus de deux tiers des femmes séjournant dans des hébergements de crise et la moitié des femmes séjournant dans des centres d'hébergement sont touchées par une dépression modérée à grave. Les formes de dépression sont évaluées d'après l'échelle CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) (Hanewald, 1987; Radloff, 1977). Seuls un cinquième des femmes séjournant dans des hébergements de crise et plus d'un tiers des femmes séjournant dans des centres d'hébergement classiques ne sont pas touchés par la dépression. Il convient de noter que ces différences ne sont pas négligeables. Par ailleurs, les femmes d'origine étrangère sont nettement plus dépressives que les femmes néerlandaises (ces données ne sont pas dans le tableau).

### Traumatismes

La Schokverwerkingslijst (SVL) (Brom & Kleber, 1985), qui est une version néerlandaise de l'échelle de l'effet des événements ("Impact of Events Scale" (Horowitz et al., 1979)), permet d'établir dans quelle mesure les femmes séjournant dans des centres d'hébergement sont victimes de traumatismes. Un score de 26 ou plus sur l'échelle SVL démontre la présence d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSS) (Brom & Kleber, 1985; Chemtob et al., 1997). Une majorité des femmes est victime de traumatismes. Selon l'échelle SVL, quelques 87% des femmes séjournant dans des hébergements de crise sont victimes d'un syndrome de stress post-traumatique et quelques 81% des femmes séjournant dans des centres d'hébergement classiques sont victimes d'un traumatisme grave. Les femmes d'origine étrangère sont davantage touchées que les femmes néerlandaises : dans les centres de crise, la différence est de 94% contre 82% alors que dans les centres d'hébergement classiques, cette différence est encore plus marquée, à savoir 97% contre 71%.

Dans les centres d'hébergement classiques, les femmes sont beaucoup plus souvent victimes de récurrences que les femmes séjournant dans des hébergements de crise. Par ailleurs, les différences sont également très importantes entre les femmes d'origine étrangère et les femmes néerlandaises.





## PROFIL

Cette étude a permis de dresser pour la première fois aux Pays-Bas un profil des femmes ayant recours aux centres d'hébergement pour femmes. Les femmes interrogées ont été victimes d'une accumulation de violence et d'exclusion sociale. Il s'agit d'un groupe de femmes très vulnérables et peu instruites, qui doivent faire face à de graves problèmes de santé.

Ces femmes estimaient être en assez bonne santé physique ; il n'en va guère de même concernant leur santé psychique. Plus de deux tiers des femmes séjournant dans des hébergements d'urgence affirmaient être dépressives, et plus de 80% des femmes interrogées étaient victimes de stress post-traumatique. La consommation de médicaments est élevée (60%), bien plus élevée que la consommation de médicaments des femmes issues de la population générale aux Pays-Bas (moyenne de 36%). Une petite partie de ces femmes avouaient consommer des drogues et de l'alcool (8%). Ce pourcentage est probablement plus élevé en réalité. De fait, les femmes éprouvent plus de difficultés à avouer ce type de consommation. Les addictions peuvent par ailleurs être un motif de refus d'admission des femmes dans ce type de centre d'hébergement.

En conclusion, les femmes séjournant dans des centres d'hébergement pour femmes ont une santé nettement plus mauvaise que les autres femmes aux Pays-Bas. On ne peut passer à côté de leurs problèmes psychiques tels que les syndromes de stress post-traumatique, les dépressions, et la consommation de cigarettes, alcool et médicaments. Il ressort également de cette enquête que les femmes d'origine étrangère sont encore moins bien loties que les femmes d'origine néerlandaise.

## POLICY

La reconnaissance des problèmes physiques et psychiques chez les femmes maltraitées est importante lors de l'entrée dans un centre d'hébergement pour femmes. L'élaboration d'une évaluation fiable et échelonnée est importante lors de l'arrivée d'une femme dans le centre. Entrent en ligne de compte l'évaluation des risques, l'analyse des problèmes physiques et psychiques et le pronostic. Une proposition pour l'inventaire des problèmes, commanditée par la Fédération néerlandaise des foyers d'accueil, est développée par notre centre de recherche à cette fin.

En outre, la Fédération néerlandaise des foyers d'accueil a développé en 2005, en réaction à ces problèmes et aux incertitudes relatives à l'accès aux centres d'hébergement pour femmes, la directive Noodplaatsen Vrouwenopvang (une directive sur les lieux d'accueil d'urgence pour les femmes). Ces lieux d'accueil d'urgence sont destinés aux femmes (éventuellement avec leurs enfants) qui ont été victimes de violence (ou de menaces) et qui se sont par conséquent retrouvées sans logement.

Au cours des années précédentes, les Pays-Bas ont consenti de plus en plus d'efforts pour prévenir et combattre la violence domestique. En 2004, le gouvernement a mis en place un centre de soutien pour les victimes de violence domestique, qui a débouché en 2008 sur un réseau presque national de centres d'accompagnement pour les victimes de violence domestique (Movisie, 2009; Vink & Geurts, 2008). Ces centres offrent un service d'écoute, un service de conseils sur les différentes actions possibles et un service d'orientation vers des aides professionnelles. L'aide vise en premier lieu l'arrêt de la violence. Les aides professionnelles proposées dépendent de la situation (des enfants sont-ils concernés ?) et des désirs des victimes (poursuivre ou non la relation ?) et sont destinées aux personnes ayant des troubles psychiques ou psychologiques (Movisie, 2009).

Une autre mesure est l'introduction de la loi sur l'expulsion temporaire de l'auteur de violence domestique (Tijdelijk Huisverbod). Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Elle vise à combattre la violence domestique grâce à une intervention précoce, même si la victime ne veut pas prévenir la police. En cas de violence domestique, l'auteur (l'homme dans la majorité des cas) est temporairement expulsé du domicile (d'abord pendant 10 jours). Tant l'auteur que la victime peuvent ainsi prendre du recul. Pendant cette période de calme, des services d'aide sont directement proposés. Les femmes bénéficient d'une aide à domicile, un départ forcé du domicile est exclu et le passage dans le centre d'hébergement pour femmes est le plus court possible<sup>3</sup>.

**L'élaboration d'une évaluation fiable et échelonnée est importante lors de l'arrivée d'une femme dans [un] centre.**

3 Références: <http://feantsa.horus.be/code/FR/pg.asp?Page=1355>



## Réduire les inégalités en matière de santé au sein de l'UE

Par **Edite Estrela**<sup>1</sup>, Membre du Parlement européen pour le Portugal, Membre du Groupe de l'Alliance progressiste des socialistes et démocrates du Parlement européen

La santé et l'espérance de vie sont [...] liées aux inégalités sociales et à la pauvreté.

Le Parlement européen a récemment adopté mon rapport sur « la réduction des inégalités en matière de santé au sein de l'Union européenne (UE) ». Toutefois, les institutions de l'UE et d'autres acteurs expriment depuis des années leur inquiétude concernant l'étendue et les conséquences des inégalités en matière de santé – à la fois entre les États membres et en leur sein.

En 2007, la stratégie européenne en matière de santé a permis de jeter les jalons du travail à réaliser pour réduire les inégalités en matière de santé. Le Conseil européen de juin 2008 a également souligné qu'il était important de réduire les écarts en matière de santé et d'espérance de vie entre les États membres et en leur sein. Ces principes ont été réitérés lors de la Communication de la Commission de 2008 sur l'agenda social renouvelé, dans lequel on a réaffirmé les objectifs sociaux fondamentaux de l'Europe, via l'accès à l'égalité des chances, la solidarité et dans lequel on a annoncé la Communication de la Commission sur « la solidarité dans le domaine de la santé - Réduction des inégalités en matière de santé dans l'Union européenne » présentée en octobre 2009 avec pour objectif de décrire une stratégie européenne de réduction des inégalités en matière de santé.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne proclame que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux » et qu'un « niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». La responsabilité en matière de politique de santé incombe principalement aux États membres, mais les politiques de l'UE peuvent y contribuer en prenant en compte l'objectif de traiter les facteurs qui créent ou contribuent aux inégalités en matière de santé au sein de la population de l'UE.

Les inégalités en matière de santé varient d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre et sont liées aux conditions socio-économiques et peuvent être aggravées par des questions de genre, de contexte culturel et

de religion. Cela signifie qu'elles sont liées à un large éventail de facteurs qui affectent la santé, notamment : les conditions de vie; les comportements liés à la santé, l'éducation, la profession et les revenus, l'accès aux soins de santé, la prévention des maladies et les services de promotion de la santé ainsi que les politiques publiques qui influencent la quantité, la qualité et la répartition de ces facteurs.

La santé et l'espérance de vie sont donc liées aux inégalités sociales et à la pauvreté. Malgré certains progrès réalisés, des inégalités majeures persistent. Le taux de morbidité est plus élevé au sein des groupes de personnes dont le niveau professionnel, d'éducation et de revenus est plus faible et on observe également des inégalités importantes en termes de prévalence de maladies plus spécifiques, de maladies mentales et de formes plus spécifiques de handicaps.

D'autre part, la combinaison de la pauvreté avec d'autres vulnérabilités comme le fait d'être un enfant ou une personne âgée, d'être handicapé ou d'être issu d'une minorité ethnique augmente encore les risques en matière de santé.

Les inégalités en matière de santé peuvent commencer très tôt dans la vie et persister non seulement lorsque l'on est âgé, mais également dans les générations suivantes. D'où l'importance de cette question et l'urgence de trouver une solution.

Le contexte actuel de crise mondiale tend à détériorer encore les choses. La crise a eu, de manière évidente, un impact grave sur le secteur de la santé dans plusieurs États membres de l'UE du côté de l'offre comme de la demande. Du côté de l'offre, la crise économique et financière peut mener à une réduction du niveau de financement de la santé et des services de soins de longue durée en raison de coupures budgétaires et de diminution des revenus fiscaux, alors que le demande de services de soins de santé et de soins à long terme peut augmenter en raison d'une combinaison de facteurs qui contribuent à la détérioration de l'état de santé au sein de la population générale.

<sup>1</sup> [edite.estrela@europarl.europa.eu](mailto:edite.estrela@europarl.europa.eu)



Il est nécessaire d'adopter des mesures pour atténuer l'impact de la crise économique sur le secteur des soins de santé, comme investir dans les infrastructures de santé, optimiser le financement du secteur des soins de santé et restructurer et réorganiser le système des soins de santé.

Il est très important à cet égard, d'accorder une attention particulière aux besoins des personnes pauvres, des personnes sans domicile, des migrants et des groupes minoritaires, des personnes souffrant de handicaps, des personnes âgées et des enfants vivant dans la pauvreté, afin d'améliorer l'accès à la prévention des maladies, la promotion de la santé et les services de soins de santé spécialisés et de réduire les inégalités entre les différents groupes d'âge et les différents groupes sociaux. Il est fondamental de garantir des conditions de vie saines à tous les enfants, notamment via des actions à l'intention des femmes enceintes et des parents.

Certaines voix respectées disent que la crise est le résultat de la persistance des inégalités sociales. C'est également pour cette raison qu'il est essentiel de considérer la réduction des inégalités comme une priorité absolue à tous les niveaux de l'élaboration de politiques, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé. C'est pourquoi il est si important de faire un meilleur usage des fonds européens, comme la politique de cohésion et les fonds structurels afin de soutenir des projets pour traiter les facteurs qui contribuent aux inégalités en matière de santé.

Le Conseil européen et la Commission doivent également davantage reconnaître, dans le cadre de la stratégie 2020, que la santé et le bien-être sont essentiels dans la lutte contre l'exclusion. Dans ce but, nous devons développer un ensemble d'indicateurs communs liés aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales et de préciser une méthode de contrôle de la situation en matière de santé prévalant dans les États membres, en vue de recenser les domaines à améliorer et les pratiques exemplaires et de les classer par ordre de priorité.

L'universalité, l'accès à des soins de santé de grande qualité, l'équité et la solidarité sont des valeurs et des principes communs qui sous-tendent les systèmes de santé dans les États membres de l'UE. Les services de soins de santé doivent être proposés dans le respect des droits fondamentaux afin de maintenir et d'améliorer l'accès universel aux systèmes de soins de santé et aux soins de santé à un prix abordable. Les États membres doivent promouvoir l'accès à des conseils et des informations juridiques en coordination avec les organisations de la société civile pour lever les barrières et aider les citoyens, y compris les plus vulnérables, comme les personnes sans domicile et les migrants sans papiers, à en savoir davantage concernant leurs droits individuels.

L'élaboration de politiques au niveau de l'UE doit inclure le principe de « santé dans toutes les politiques » et réaliser des évaluations de l'impact effectif qui tiennent compte des résultats en termes d'équité en matière de santé.

Il est essentiel de développer une approche intégrée, intersectorielle et stratégique pour réduire les inégalités en matière de santé au sein de l'UE de manière efficace, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé et des facteurs de risque liés au style de vie, comme l'alcool, le tabac et l'alimentation, au moyen d'actions dans des domaines politiques comme la politique des consommateurs, l'emploi, le logement, la politique sociale, l'environnement, l'agriculture et la nourriture, l'éducation, les conditions de vie et de travail et la recherche.

J'espère que l'adoption par le Parlement européen de mon rapport sur « la réduction des inégalités sociales en matière de santé au sein de l'UE », constituera une étape importante pour traiter la question des inégalités en matière de santé au sein de l'UE, en particulier à l'heure où l'Europe est confrontée aux défis majeurs du redressement économique, sans compromettre davantage la santé des citoyens européens, et en particulier de ceux qui sont les plus vulnérables.



# La Santé mentale des personnes sans chez soi : Résultats et recommandations issus d'une enquête métropolitaine

Par **Anne Laporte**<sup>1</sup>, **Erwan Le Méner**<sup>2</sup>, **Marc-Antoine Détrez**<sup>3</sup>, **Pierre Chauvin**<sup>4</sup>, France

L'association entre maladie mentale et exclusion sociale prend souvent la forme de préjugés stigmatisant les personnes sans-domicile. « Saouls, shootés, fous et malades » (Snow et al., 1986), voilà une représentation courante des individus sans-logement, qui néglige à coup sûr la variété des trajectoires, des situations et des profils du sans-abrisme. Les difficultés et la souffrance des intervenants face aux troubles « psy » ne font pourtant pas de doute. Elles constituent même depuis le milieu des années 1990 un thème majeur des réflexions professionnelles en matière de lutte contre l'exclusion sociale, en France

(Girard et al., 2009 ; Lazarus et Strohl, 1995) comme en Europe (Feantsa, 2006 ; Conseil de l'Union Européenne, 1999<sup>5</sup>). Est-il donc possible de décrire la santé mentale des personnes sans logement sans nier la maladie et les difficultés induites pour les professionnels, mais sans amalgamer ni psychiatriser les situations de privation de logement ? L'enquête Samenta (SANTéMENTale et Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France), dirigée par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'INSERM<sup>6</sup>, fait le pari d'une telle description (Laporte et Chauvin, 2010).

## L'ENQUÊTE SAMENTA

L'enquête a été réalisée dans un moment de forte préoccupation des pouvoirs publics pour la santé (mentale) des sans-domicile (Orain et Chambaud, 2008 ; Girard et al., 2009). Elle a d'abord pour objectif de décrire les prévalences de troubles psychiatriques sévères (psychotiques, de l'humeur ou anxieux) parmi la population sans chez soi d'Ile-de-France, plus de dix ans après l'enquête de V. Kovess et C. Mangin Lazarus (1997).

L'enquête a été menée par questionnaire en 2009 auprès d'un échantillon aléatoire de 840 adultes francophones rencontrés en Ile-de-France. Ces individus, contactés dans des points soupes, des accueils de jour, des centres d'hébergement, et des hôtels, représentent une population totale de 21.176 personnes.

Les questionnaires ont été administrés par des binômes composés d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue clinicien, qui réalisait également un entretien clinique ouvert après la passation du questionnaire. Les résultats concernant les troubles mentaux, investigués à partir d'outils standardisés (en particulier le MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview) et le compte-rendu clinique des psychologues ont été confrontés à l'avis de psychiatres spécialistes de l'exclusion sociale, et formateurs des binômes. Ce dispositif visait à éviter les sur ou sous-estimations qui entachent souvent les enquêtes de prévalence sur la santé mentale quand elles ne reposent que sur des instruments normalisés passés par des non cliniciens (Falissard, 2006).

L'enquête Samenta a été financée par le Haut Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, le Ministère de la santé et des sports, l'Institut de Veille Sanitaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Préfecture de Paris, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, la Région Ile-de-France et la Ville de Paris<sup>7</sup>.

1 Epidémiologist, Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France: [anne.laporte@ars.sante.fr](mailto:anne.laporte@ars.sante.fr)

2 Sociologist, Observatoire du Samusocial de Paris / ISP-ENS Cachan: [e.lemener@samusocial-75.fr](mailto:e.lemener@samusocial-75.fr)

3 Statistician, Observatoire du Samusocial de Paris, [ma.detrez@samusocial-75.fr](mailto:ma.detrez@samusocial-75.fr)

4 Epidémiologist, Research team on social determinants of health and care take-up, UMRS 707, Inserm / UPMC, [pierre.chauvin@inserm.fr](mailto:pierre.chauvin@inserm.fr)

5 Résolution du Conseil, du 18 novembre 1999, concernant la promotion de la santé mentale

6 Etablissement public français de recherche à caractère scientifique et technologique

7 Plus d'informations sur le site de l'observatoire : <http://observatoire.samusocial-75.fr/>



**Tableau 1 - Prévalences (%) dans les douze mois des troubles psychiatriques, du comportement et des addictions dans différentes études en population générale, sans domicile et personnes incarcérées**

|                                      | ETUDES        |             |                        |                     |                 |              |                  |
|--------------------------------------|---------------|-------------|------------------------|---------------------|-----------------|--------------|------------------|
|                                      | ESEMeD (2000) | ANADEP 2005 | Baromètre Santé (2005) | Kovess (1996)       | Samenta (2009). | Fazel (2008) | Falissard (2004) |
| Type de population                   | General       | General     | General                | Homeless            | Homeless        | Homeless     | Prison           |
| Taille de l'échantillon, n           | 2 894         | 6 498       | 16 883                 | 715                 | 840             | 5 684        | 800              |
| Lieu                                 | France        | France      | France                 | Paris               | Ile-de-France   | Monde        | France           |
| Outils utilisés                      | CIDI          | CIDI-S      | CIDI-S                 | CIDI-S <sup>i</sup> | MINI            | Méta-analyse | MINI             |
| Troubles psychotiques                |               |             |                        | 16,0 *              | 13,2            | 12,7         | 17,0             |
| Troubles dépressifs majeurs          | 6,7           | 5,0         | 3,2                    | 23,7                | 20,3            | 11,4         | 24,0             |
| Anxiété généralisée                  | 9,8           | 5,1         |                        |                     | 4,0             |              | 17,7             |
| Troubles dépressifs moyens et légers |               |             | 4,2<br>0,4             |                     | 6,0<br>7,9      |              |                  |
| Troubles de la personnalité          |               |             |                        |                     | 21,1            | 23,1         |                  |
| Dépendance à l'alcool                | 0,3           | 10,3        | 8,5                    | 14,9                | 21,0            | 37,9         | 11,7             |
| Consommation drogues                 |               |             |                        | 10,3                | 17,5            | 24,4         | 14,6             |
| Consommation régulière de cannabis   |               |             | 2,7                    |                     | 16              |              |                  |

\* sur la vie (5,8% sur 6 mois)

<sup>i</sup> CIDI-S: Composite International Diagnostic Interview - Short

### ENVIRON UN TIERS DES PERSONNES INTERROGÉES PRÉSENTENT UN TROUBLE SÉVÈRE OU UNE ADDICTION

A l'évidence, les troubles sévères (psychotiques, de l'humeur, ou anxieux) sont surreprésentés parmi les sans domicile, par rapport à la population générale : 31% d'entre eux présentent au moins un de ces troubles. L'enquête révèle une prévalence dix fois supérieure à la population générale pour les troubles psychotiques (13,2% vs. 1-2% - Bellamy et al., 2004), et deux fois plus importante pour les troubles dépressifs (de sévères à légers : 20,3% vs. 11% - ibid.). Des résultats semblables sont observés chez les personnes précaires de la cohorte de l'agglomération parisienne SIRS<sup>8</sup> (Roustit et al., 2008), ce qui confirme les forts gradients sociaux et biographiques associés à cette maladie. De même, une personne sur cinq présente une dépendance à l'alcool et 16% une consommation régulière de cannabis. C'est respectivement trois à cinq fois plus qu'en population générale (Legleye et Beck, 2007). Ces résultats, cohérents avec ceux trouvés dans les enquêtes internationales de références (Fazel et al., 2008), confirment bien cette présomption : les sans-domicile présentent davantage de troubles psychiatriques sévères ou des addictions que la population générale (Cf. tableau 1).

### DES RÉSULTATS À MANIER AVEC PRÉCAUTION

Mais ces résultats ne doivent pas conduire à assimiler maladie mentale et exclusion sociale. Les prévalences observées sont bien loin de certains chiffres parfois rapportés, annonçant jusqu'à 90% de personnes atteintes. Certains résultats vont contre le préjugé commun : par exemple, la population sans logement compte proportionnellement plus d'abstinents complets à l'alcool au cours de leur vie que la population générale (17,4% vs. 8,4% - Beck et al., 2006). Ils doivent aussi être mis en regard avec la grande hétérogénéité de la population sans domicile. Des différences nettes apparaissent selon les caractéristiques sociodémographiques, les services utilisés par les individus (voir tableau 2), mais également selon les trajectoires biographiques des personnes et leur état de santé avant ou après la perte de domicile.

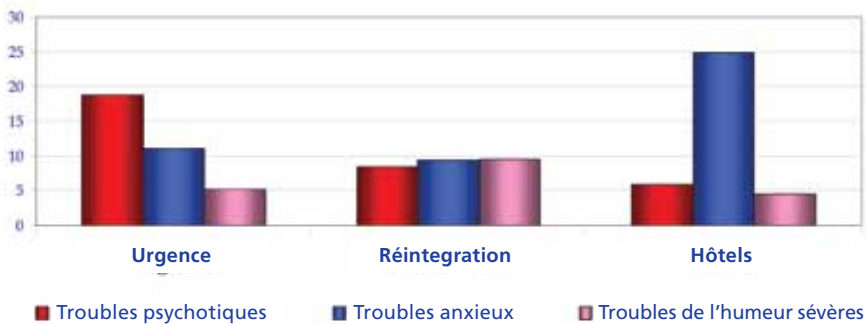
**Tableau 2 – Quelques caractéristiques des personnes interrogées en fonction du lieu de rencontre au moment de l'enquête**

| Dispositifs          | n     | Femmes % | Age moyen (années) | Né en France (%) | Vit avec au moins un enfant (%) |
|----------------------|-------|----------|--------------------|------------------|---------------------------------|
| Dispositif urgence   | 10600 | 15,2     | 42                 | 41,6             | 13,4                            |
| Dispositif insertion | 7750  | 47,8     | 34                 | 48,8             | 44,0                            |
| Hôtels sociaux       | 2850  | 73,4     | 34                 | 10,5             | 89,5                            |

8 La cohorte Santé, Inégalités et Ruptures Sociales (SIRS) est une enquête socio-épidémiologique longitudinale auprès d'un échantillon représentatif de Paris et des départements limitrophes de Paris. Les données citées ici sont celles de 2005



Figure 1 - Prévalences de troubles sévères en fonction du dispositif où les personnes ont le plus dormi au cours des 12 mois précédant l'enquête



Les personnes hébergées ou rencontrées dans le dispositif d'urgence au moment de l'enquête sont plus souvent de sexe masculin, plus âgées, et vivent rarement en famille. Parmi celles qui ont dormi le plus souvent dans l'espace public au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 44% présentent un trouble psychiatrique sévère, dont plus de la moitié étaient des troubles psychotiques. Chez les personnes hébergées dans les hôtels sociaux (qui sont majoritairement des femmes nées à l'étranger, seules avec leurs enfants), la proportion de troubles sévères s'élève à 25,6%, composée avant tout de troubles anxieux (troubles de l'adaptation, autres troubles liés au stress).

Globalement, les prévalences de troubles sévères varient considérablement selon le lieu où ont été interrogés les individus, et plus encore selon le lieu où les personnes déclarent avoir le plus dormi au cours de l'année précédant l'enquête (voir figure 1).

### LES PERSONNES SANS DOMICILE ATTEINTES DE TROUBLES SÉVÈRES SONT PARTICULIÈREMENT EXCLUES ET VULNÉRABLES

Ainsi, les personnes atteintes de troubles sévères les plus graves se retrouvent davantage dans des dispositifs à bas seuil que dans d'autres dispositifs, pourtant plus propices à des démarches d'insertion. Prenons l'exemple des individus présentant un trouble psychotique : 19% des personnes fréquentant un accueil de jour, un point de distribution de repas chaud, ou un centre d'hébergement d'urgence ou de stabilisation souffrent d'un tel trouble. C'est deux fois plus que dans la population d'étude dans son ensemble

et vingt fois plus qu'en population générale. Or, ces dispositifs ne fournissent pas ou peu d'accompagnement social ou médical. Qu'un quart des personnes déclare avoir dormi le plus souvent dans l'espace public l'année précédant l'enquête témoigne également des difficultés, pour les plus vulnérables, d'accéder aux structures à même de favoriser leur insertion, et, pour les professionnels, d'y retenir ces personnes. Là encore, ces éléments doivent être considérés avec précaution : les individus atteints d'un trouble psychotique déclarent - davantage que les sans domicile présentant d'autres troubles sévères - bénéficier d'un suivi médical. Soulignons qu'ils n'étaient toutefois que 37,7% à signaler un tel suivi. S'il est difficile de définir par cette enquête les besoins de soins des personnes sans domicile, deux catégories de personnes sont pour autant dans une situation problématique. Il s'agit d'une part des personnes pour lesquelles un diagnostic de trouble sévère a été posé et qui n'ont jamais eu de recours aux soins (soit 22,9% de la population atteinte de troubles sévères). Il s'agit d'autre part de celles qui, en rupture de soins, résident dans des lieux qui tendent à les tenir à l'écart des soins et de l'accompagnement social (espace public, centres d'urgence, hôtels sociaux).

Pour les individus atteints d'un trouble sévère, cette distance par rapport aux soins et à l'accompagnement, s'accompagne d'expériences de violences subies plus fréquentes que pour le reste de la population sans logement, elle-même bien plus souvent victime de violences que la population générale. Au cours des douze mois précédant l'enquête, les agressions les plus fréquentes sont les regards ou paroles irrespectueux ou humiliants, subis par 43,1% des personnes ayant un trouble sévère et par 27,3% des personnes n'en présentant aucun. Les menaces verbales touchent 33,3% des personnes avec au moins un trouble comparé à 10,5% chez celles non atteintes ; avoir été victime de vols concerne un quart des premières (contre 12,5% des personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué), les agressions physiques 15,7% (vs. 7,3%) et les coups reçus lors de bagarres, 8,1% (vs. 3,9%). Les agressions sexuelles au cours des douze derniers mois sont rapportées par 2,3% des personnes ayant au moins un trouble et 0,3% des personnes n'ayant aucun trouble.

De tels résultats devraient faire réfléchir aux moyens de développer des dispositifs ciblés pour les personnes atteintes de troubles graves qui permettent leur protection et leur rétablissement (Davidson et al ; 2008).

9 Consultables à cette adresse : <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf>

10 [http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/5\\_fichedesynthesechezsoid%27abord26janv2010.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/5_fichedesynthesechezsoid%27abord26janv2010.pdf)



## RECOMMANDATIONS

Les recommandations issues de l'enquête Samenta portent sur six axes : la prévention de l'exclusion sociale des personnes atteintes de troubles sévères, le repérage des troubles psychiatriques et de la souffrance psychique, l'accompagnement vers un soin durable, l'accompagnement des parcours d'hébergement et de logement, la formation et l'appui des intervenants de première ligne, et la lutte contre la violence subie. Sans entrer dans le détail de ces recommandations<sup>9</sup>, notons que certaines initiatives vont aujourd'hui dans leur sens. Tout d'abord, le programme « Un logement d'abord »<sup>10</sup>, dont l'expérimentation commence à Marseille, Lille et Toulouse, apporte un logement, puis des soins dédiés, à des personnes présentant des troubles graves, sans condition préalable (notamment d'observance thérapeutique ou d'abstinence). Cette action doit montrer la possibilité d'un maintien dans le logement et dans les soins pour des personnes qui en sont habituellement et durablement exclues. Une autre illustration est le projet de fédération des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en Ile-de-France, placé sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé. Les EMPP devraient ainsi agir comme référent en matière de santé mentale, coordonner les acteurs de rue, rendre plus efficace le travail en réseau des acteurs spécialisés dans l'exclusion, des autres intervenants de première ligne (Samu médical, pompiers) et des services de psychiatrie. Il est souhaitable que tels projets, s'ils font preuve de leur efficacité, bénéficient rapidement d'une large mise en œuvre pour répondre (enfin) à cette situation, qui si elle ne concerne finalement qu'un nombre restreint de personnes et perdue depuis longtemps dans une indifférence assez générale, n'en constitue pas moins une urgence sanitaire. La Plateforme européenne contre la pauvreté pourrait être un lieu central à l'échelle de l'Union, d'analyse, d'évaluation et de diffusion d'innovations en matière de santé mentale.

## RÉFÉRENCES CITÉES

Beck F, Legleye S, Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans-domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Economie et statistiques*. 2006 ; 391-392 : 131-149.

Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et résultats*. 2004 ;347.

Davidon L, Tondora J, Staeheli Lawless M, O'Connell M, Rowe M. *A practical guide to recovery-oriented practice*. New York : Oxford University Press; 2008.

Falissard B, Loze JY, Gasquet I. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006 ;6.

Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries : systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medecine*. 2008; 5(12): 1670-1680.

Feantsa. *Le Droit à la Santé est un Droit Humain : Garantir l'Accès des Personnes sans Domicile à la Santé*. Rapport européen annuel. Bruxelles : Feantsa ; 2006.

Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. *La santé des personnes sans chez soi - Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2010.

Kovess V, Mangin-Lazarus C. *La santé mentale des sans-abri dans la ville de Paris*. Paris : L'élan retrouvé ; 1997.

Laporte A, Chauvin P (dir). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats*. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris / INSERM; 2010.

Lazarus A, Stroh H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale*. Paris : Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion ; 1995.

Legleye S, Beck F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. *Baromètre Santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Paris : INPES. 2007 : 168-221.

Orain H, Chambaud L. *L'identification et la prise en charge des personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement*. Paris: Préfecture de Paris; 2008.

Roustit C, Cadot E, Renahy E., Massari V, Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*. 2008 ; 35-36 : 321-325.

Snow DA, Baker SG, Anderson L. The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless. *Social Problems*. 1986;33(5):407-423.

**La Plateforme européenne contre la pauvreté pourrait être un lieu central à l'échelle de l'Union, d'analyse, d'évaluation et de diffusion d'innovations en matière de santé mentale.**



## Les services de santé aux sans-abri, la tuberculose et la crise économique: Trois récits, trois villes

Par **Alistair Story**, RN, MPH, Royaume-Uni;<sup>i</sup> **Marcel Stockers**, MD, Pays-Bas;<sup>ii</sup> **Wouter Arrazola de Onate**, MD, Belgique;<sup>iii</sup> **Nigel Hewett**, MD, Royaume-Uni;<sup>iv</sup> **Rob van Hest**, MD, PhD, Pays-Bas<sup>v</sup>

« La santé publique s'achète ; dans le cadre de certaines limites naturelles, une ville peut déterminer son propre taux de mortalité. »

*Hermann M. Biggs, Conseil de la santé de la ville de New York, Rapport annuel, 1905*

Prodiguer des soins de santé efficaces aux personnes sans domicile est un défi pour les services de santé traditionnels, qui dépendent du fait de se présenter à l'heure aux consultations, d'adhérer au traitement et aux conseils prescrits et [...] de la capacité du patient à se reposer, à récupérer et à se rétablir [...] dans un « chez-soi ».

Écrits il y a plus d'un siècle, ces mots de Herman Biggs, Commissaire en charge de la santé de l'état de New York, résonnent encore profondément. L'inégalité sociale concentre le poids du handicap et de la maladie dans les communautés les plus démunies de notre société et écourte leur vie. Le sans-abrisme est la manifestation la plus frappante de la privation et de l'inégalité dans nos villes modernes aujourd'hui et, parmi les nombreux problèmes de santé auxquels sont confrontées les personnes sans domicile, la tuberculose reste le baromètre social par lequel on peut encore jauger dans quelle mesure la santé publique peut être achetée.

Dans cet article, nous utilisons la tuberculose pour illustrer les différences en matière d'organisation et de financement des soins aux personnes sans domicile dans trois villes européennes dans un contexte d'austérité économique, de réductions importantes des financements et de réorganisation des services publics.

### INTRODUCTION

Les personnes en situation de sans-abrisme sont dans un état chronique de crise sociale et médicale et meurent prématurément d'affections qui peuvent être soignées. Leur lutte quotidienne pour répondre à leurs besoins les plus basiques, s'abriter, se sustenter et assurer sa sécurité, relègue au second plan leurs besoins en matière de santé. Prodiguer des soins de santé efficaces aux personnes sans domicile est un défi pour les services de santé traditionnels, qui dépendent du fait de se présenter à l'heure aux consultations, d'adhérer au traitement et aux conseils prescrits et, ce qui est essentiel, de la capacité du patient à se reposer, à récupérer et à se rétablir dans un environnement extérieur au système de santé – c'est-à-dire dans un « chez-soi ». Par conséquent, chez les personnes sans domicile, les maladies courantes progressent, les blessures couvent et la santé physique et mentale, les addictions et les problèmes sociaux des patients se détériorent et s'additionnent les uns aux autres. Dans le cadre de modèles de soins efficaces, il convient de s'atteler à cette interaction et de proposer simultanément un accompagnement social et médical<sup>2</sup>.

### La tuberculose et le sans-abrisme

Partout dans le monde, la tuberculose est une maladie de la pauvreté dont les déterminants sont principalement sociaux. La tuberculose prospère là où sévit la pauvreté, se manifeste dans les logements précaires, dans les situations de surpeuplement, de malnutrition, de stress et d'exclusion sociale et se combine à la faiblesse des systèmes de santé et à l'indifférence politique vis-à-vis des inégalités. Au sein de l'Union européenne (UE), le taux de tuberculose est à présent le plus élevé parmi les groupes à risques les plus exclus socialement et en particulier les personnes sans domicile, les consommateurs de drogue et d'alcool et les personnes qui sont ou qui ont été en prison<sup>3</sup>. Ces facteurs de risque sont souvent combinés, on estime p.ex. que dans la plupart des pays européens 30% ou plus des personnes sans domicile ont des problèmes d'addiction liés<sup>4</sup>.

Le contrôle de la tuberculose se fonde sur une détection précoce et un accompagnement du patient pour aller jusqu'au bout du traitement d'une durée minimale de six mois. La concentration de la maladie au sein des groupes à risque constitue un défi majeur pour le contrôle de la tuberculose parce que les patients exclus socialement sont plus difficiles à trouver et plus difficiles à soigner. S'attaquer à la tuberculose au sein de la population la plus vulnérable doit constituer un élément clé de toute stratégie globale de réduction et finalement d'élimination de la tuberculose à travers toute l'UE<sup>5</sup>.

Les programmes de lutte contre la tuberculose constituent des interventions de santé publique complexes qui doivent tenir compte des besoins individuels de la personne qui souffre et de la protection de la société en termes de contagion. Pour être efficaces, les programmes de lutte contre la tuberculose nécessitent un engagement politique pour s'atteler aux déterminants sociaux sous-jacents de la maladie et pour garantir un investissement soutenu et suffisant ainsi qu'un niveau élevé de collaboration entre les services médicaux spécialisés, les prestataires de soins de santé et de services sociaux et les communautés touchées. Le taux de tuberculose est une mesure sensible de l'efficacité globale des systèmes de santé

i Find and Treat Project and Tuberculosis Section, Respiratory Diseases Department, Centre for Infections, Health Protection Agency, (Projet « trouver et traiter » et Section tuberculose, Département des maladies respiratoires, centre des infections, Agence pour la protection de la santé), Londres, Royaume-Uni, [alistairstory@gmail.com](mailto:alistairstory@gmail.com)

ii Médecin généraliste et généraliste pour les généralistes de rue de Rotterdam, Pays-Bas

iii Directeur médical, Fondation contre la Tuberculose et les Affections Respiratoires - BELTA

iv Médecin généraliste, University College London Hospitals NHS Foundation Trust

v Consultant TB Control Physician/Epidemiologist, Department of Tuberculosis Control, Municipal Public Health Service Rotterdam-Rijnmond, Schiedamsedijk 95, 3011 EN Rotterdam, the Netherlands, [r.vanhest@ggd.rotterdam.nl](mailto:r.vanhest@ggd.rotterdam.nl)





au niveau national et local et des éléments de preuves à l'appui d'une transmission incontrôlée de la tuberculose sont le reflet de l'échec de ces systèmes.

On a recensé des épidémies majeures de tuberculose impliquant des populations difficiles à atteindre à Londres, à Rotterdam et à Bruxelles.<sup>6,7,8</sup> Ces villes sont très différentes en termes de taille et d'organisation de leurs services, mais elles concentrent toutes des populations extrêmement marginalisées socialement et menacées par la tuberculose. Parmi les patients atteints de tuberculose à Londres et à Rotterdam, près d'un sur six était sans-abri, consommateur de drogue ou (ex)prisonnier<sup>9,10</sup>. Alors que la tuberculose est apparemment sous contrôle à Rotterdam, l'épidémie continue à Londres.

## LA DÉMARCHÉ DE ROTTERDAM

### *L'organisation des soins de santé pour les personnes sans domicile*

On estimait le nombre de toxicomanes à Rotterdam et de personnes sans domicile en 2003 et en 2005 respectivement à 2.856 et 2.500.<sup>11,12</sup> À Rotterdam, les soins aux personnes sans domicile ont pour objectif de faire face à leurs besoins sociaux en même temps que de traiter les problèmes d'addiction et de santé mentale et physique.

L'organisation et le financement des services de soins aux sans-abri ont été largement décrits dans un article précédent en mars 2008, notamment les principaux problèmes médicaux et le nombre de patients et de consultations<sup>13</sup>. À Rotterdam, on s'est rendu compte autour de 2002 qu'il convenait d'agir de façon globale vis-à-vis des privations subies par les groupes de personnes socialement exclues « difficiles à atteindre » et « difficile à trouver ». Une augmentation de la consommation de produits illicites, et en particulier le passage à des drogues différentes, p.ex. la cocaïne, a dégénéré vers davantage de violence, de délinquance, de détresse psychiatrique et vers une augmentation des maladies cliniquement et socialement complexes, souvent attribuables à un indice de masse corporelle faible. La réponse est venue d'une entreprise commune entre les politiques locaux, les centres sociaux de jour et de nuit et des organisations de soins médicaux qui se sont unis pour proclamer que les personnes sans domicile ne devraient pas rester sans abri, mais que de leur refuge à large échelle, elles devraient être aiguillées vers des logements sociaux de petite taille et des projets d'accompagnement. Ceci comprenait la grande zone de prostitution de rue de Rotterdam. Les différents organismes d'aide sociale ont commencé à mettre sur pied des programmes de logements de petite taille et à organiser la poursuite des soins dans le cadre de ces projets, avec une perspective réaliste d'hébergement indépendant sous la supervision de travailleurs sociaux. Des sociétés de logements sociaux ont rendu cela possible en fournissant des maisons à la location, dispersées dans toute la ville. Au fil des ans, des

centaines de personnes ont quitté les refuges de nuit pour suivre ce parcours après traitement et amélioration de leurs problèmes médicaux.

Les services de soins médicaux aux personnes sans domicile ont été réorganisés ; on a notamment introduit, en 2003, un dossier médical électronique utilisé par les équipes pluridisciplinaires des Docteurs de rue qui assuraient un ensemble de soins globaux, précisément adaptés aux besoins des individus. Les maladies infectieuses étaient non seulement soignées avec des médicaments, mais aussi via la « prescription » de repas supplémentaires aux consommateurs de cocaïne cachectiques, dont l'indice de masse corporelle est inférieur à 20. La diminution des consommateurs d'héroïne à Rotterdam a eu pour conséquence une diminution des contacts entre les toxicomanes et les prestataires de soins, p.ex. via des programmes de maintenance à la méthadone, mais la distribution de repas gratuits aux consommateurs de cocaïne cachectiques a permis d'établir ce contact. Les organismes de psychiatrie sociale et de lutte contre l'addiction ont mis sur pied ce que l'on nomme des équipes de « traitement intensif dans la communauté », qui apportent des soins individualisés et intensifs aux nombreuses personnes sans domicile et toxicomanes souffrant de maladie psychiatrique.

Depuis 2006, le gouvernement néerlandais, de concert avec les quatre grandes villes (Amsterdam, Rotterdam, La Haye et Utrecht) a stratégiquement financé un programme ambitieux pour aiguiller toutes les personnes sans domicile vers les soins temporaires et la réinsertion sociale et, à partir de là, vers des projets de logements regroupés ou individuels, avec des formations à l'éducation sociale et des conseils d'orientation vers l'emploi<sup>14</sup>. En février 2010, le conseiller en matière de soins de santé et d'aide sociale de Rotterdam a annoncé que presque toutes les personnes sans domicile de Rotterdam étaient prises en charge ; près de la moitié d'entre elles se trouvant dans une situation plus ou moins stable, abstinentes ou avec une addiction contrôlée et un emploi ou participant à des activités de jour. À Rotterdam, ces investissements supplémentaires dans les « soins » ont eu pour résultat une diminution des coûts en matière de « remède » et une réduction très importante des coûts en ce qui concerne le renforcement de la loi, les tribunaux et les prisons. Selon le Service municipal de santé publique de Rotterdam, un Euro dépensé en « soins » permet d'économiser entre 2 et 3 euros en coûts judiciaires. Le financement structurel de tous les ingrédients clés de l'approche pratiquée à Rotterdam est nécessaire, également en période d'éventuelles réductions de budget.

### *Le contrôle de la tuberculose à Rotterdam*

La prévention et le contrôle de la tuberculose chez les groupes de personnes difficiles à atteindre requièrent des interventions sur mesure, à seuil bas, flexibles et innovantes. Pour le contrôle de la tuberculose chez les personnes sans domicile et les toxicomanes, on a intro-



**Des investissements significatifs ont permis d'améliorer la qualité des centres d'hébergement, des centres de jour et des services de proximité de rue et de mettre sur pied une base de données pan londonienne.**

duit à Rotterdam un dépistage numérique par rayons X<sup>7,9</sup>. Le projet a été initialement financé par des dotations spécifiques du Conseil municipal de Rotterdam pour les coûts de dépistage et les frais de personnel d'accompagnement additionnel au traitement. Après quatre ans, le programme de dépistage a été financé par la dotation annuelle régulière du Conseil municipal de Rotterdam. Aux Pays-Bas, le contrôle des maladies infectieuses est décentralisé et est principalement de la responsabilité des municipalités, comme le stipule la Loi sur la santé publique<sup>15</sup>. Le gouvernement assure la majorité du financement nécessaire et le reste des coûts est financé par l'impôt municipal. Le programme de dépistage mobile a permis de réduire la transmission et le nombre de personnes sans domicile et de toxicomanes atteints de tuberculose suite à une infection récente<sup>9</sup>. Le nombre de personnes sans domicile ou de toxicomanes atteints de tuberculose active à Rotterdam a décliné de 25 vers 2005 à 6 par an récemment<sup>16,17</sup>. La tendance générale en ce qui concerne l'incidence de la tuberculose à Rotterdam a diminué d'un tiers, d'à peu près 225 patients en 2003-2004 à 155 patients en moyenne entre 2005 et 2009<sup>16</sup>. Les activités de dépistage mobile par rayons X pourraient même être revues à la baisse, parce que de nombreuses personnes sans domicile sont à présent dans des programmes de logements supervisés et peuvent se rendre à la clinique de la tuberculose pour le dépistage, mais la clinique de la tuberculose du service municipal de santé publique continue d'être financée structurellement en vertu de la loi, quelles que soient les réductions budgétaires<sup>14</sup>.

### **LA DÉMARCHÉ LONDONNIENNE**

#### ***Organisation des soins de santé pour les personnes sans domicile***

On ne connaît pas la véritable échelle du sans-abrisme à Londres. Les personnes qui dorment dans la rue et les sans-abri célibataires sont près de 20.000 dans la capitale<sup>17,18</sup>. Londres connaît des niveaux très élevés de toxicomanie avec près de 63.000 consommateurs d'opiacés et/ou de crack âgés de 15 à 64 ans<sup>19</sup>.

Les services de soins à Londres et dans tout le Royaume-Uni connaissent la réforme la plus radicale depuis la création des services de santé nationaux – National Health Service (le NHS) dans les années 1950. La structure fondamentale du financement et de la gestion des services de santé est en train de changer. Les caisses de soins primaires – Primary Care Trusts (PCT), actuellement responsables au niveau local sont en train d'être dissoutes et le rôle de mettre en service (et de fournir) les services de santé sera dévolu à des groupements locaux de santé dirigés par des médecins généralistes (GP). Ce changement implique à la fois des risques et des possibilités, mais de nombreux éléments restent flous quant à la manière dont la politique des gouvernements de la nouvelle coalition va affecter les services aux personnes sans domicile.

Il n'y a jamais eu une approche stratégique unique à la planification et à l'offre de services de santé pour les personnes sans domicile à Londres. Le résultat est qu'il y a des centres d'excellence, mais globalement, l'offre de soins de santé est fragmentée et connaît des variations locales significatives en termes de couverture, de qualité et d'accessibilité et des difficultés dans la communication et la coordination des activités entre les frontières des PCT.

L'incompatibilité des systèmes d'information utilisés par les différents prestataires de soins de santé et d'aide sociale mine les efforts de normalisation de l'évaluation et de la gestion des cas, le partage des bonnes pratiques et l'efficacité du travail des services de proximité. Le manque de technologies de l'information partagées et d'approche cohérente de la mesure des résultats en termes de santé a eu pour résultat critique un manque cruel d'éléments de preuve de qualité, nécessaires au maintien et au développement de meilleurs services. Des manquements graves dans les services de santé existent toujours ; les services de soins de santé intermédiaires pour les personnes sans domicile sont par exemple virtuellement inexistantes à Londres.

En dehors du secteur de la santé, des progrès substantiels ont été réalisés au cours des 10 dernières années. Le gouvernement précédent a mis sur pied l'Unité pour les personnes qui dorment dans la rue et ensuite la Direction du sans-abrisme pour lutter contre le sans-abrisme dans sa forme la plus extrême, en réduisant effectivement le sans-abrisme de rue à Londres et au niveau national. Ce travail est à présent mis en œuvre par le London Delivery Board (Conseil d'exécution de Londres) qui s'est engagé à parvenir à ce que « d'ici 2012, personne ne vive dans les rues de Londres, et qu'aucun individu qui arrive dans la rue n'y passe une seconde nuit ». Des investissements significatifs ont permis d'améliorer la qualité des centres d'hébergement, des centres de jour et des services de proximité de rue et de mettre sur pied une base de données pan londonienne (CHAIN) à l'usage des personnes qui travaillent avec les personnes qui dorment dans la rue et avec la population des rues. L'analyse des données CHAIN a permis d'identifier 205 personnes qui dorment dans la rue de façon « chronique », ce qui a déclenché en 2009 une initiative unique en son genre, ciblant ce groupe de personnes et qui a permis d'aider jusqu'à présent près des trois quarts d'entre eux à sortir de la rue<sup>17</sup>. Cette stratégie intensive et extrêmement personnalisée de travail commun, similaire à l'approche décrite pour Rotterdam a récemment été étendue à d'autres personnes qui dorment dans la rue dans la capitale. Il est nécessaire de réaliser une évaluation formelle de son efficacité en termes de coûts pour tout le système, y compris la santé, l'aide sociale, la justice pénale et l'emploi pour garantir le maintien de son financement.



Une personne sur quatre (26%) des 4.672 qui dormaient dans la rue en 2009/10 provenait d'un pays d'Europe centrale ou de l'Est qui avait rejoint l'UE en 2004 et 2007 et ces personnes contribuent en partie à l'augmentation récente du nombre de personnes qui dorment dans la rue à Londres<sup>16</sup>. On trouve peu d'éléments de preuve du déclin du nombre personnes sans domicile célibataires, nombre d'entre elles restant encore hors de la définition statutaire du sans-abrisme et n'ayant dès lors pas le droit d'accéder à de nombreux services d'accompagnement<sup>20</sup>. À Londres, on compte actuellement près de 13.500 lits pour les personnes sans domicile célibataires dans 247 projets d'hébergement dans toute la capitale<sup>17</sup>. Des milliers d'autres personnes « sans domicile cachés » vivent dans des logements indignes ou inadéquats.

La plupart des personnes sans domicile sont confrontées à des barrières importantes à l'accès aux services généraux du NHS. Trois perspectives « concurrentes » à ce débat ont été récemment débattues sans pour autant être résolues. Selon l'une d'entre elles, on envisage de proposer des services spécialisés qui, bien qu'onéreux, peuvent permettre d'obtenir de meilleurs résultats et de générer des économies à terme. D'autres défendent l'idée d'intensifier l'accompagnement pour améliorer l'accès des personnes sans domicile aux services généraux alors que certains spécialistes sont d'avis que la seule manière de répondre correctement aux besoins en matière de santé des personnes sans domicile est de mettre fin à leur exclusion du logement<sup>21, 22</sup>.

Une innovation importante en vue d'améliorer l'intégration des soins de santé et de l'aide sociale aux personnes sans domicile est promue par une nouvelle association caritative du nom de London Pathway – Parcours londonien ([www.londonpathway.org.uk](http://www.londonpathway.org.uk)). Ce modèle a été d'abord expérimenté au University College Hospital et comprend des visites des malades dirigées par des généralistes avec un infirmier spécialisé qui coordonne les soins aux patients sans domicile via des réunions régulières pluri institutions pour rassembler les soins de santé, le logement, l'aide sociale et le secteur du bénévolat. L'approche de « Pathway » a permis de mettre en lumière la nécessité d'apporter des soins intermédiaires aux personnes sans domicile qui ont des besoins complexes – une période intensive de coordination des soins de santé, du logement et de l'aide sociale sur le même site de la communauté. Le modèle de soins aux sans-abri de type « logement d'abord » de Rotterdam et de New York a permis de démontrer que les soins intermédiaires peuvent réduire les nombre d'admissions en urgence en hôpital et la durée du séjour, mais qu'ils requièrent un programme communautaire pour permettre un passage rapide vers un logement social avec accompagnement flottant.

Vu l'urgente nécessité de coordination et de collaboration à Londres et dans toute l'Angleterre, compte tenu des réductions de financements et de l'augmentation de la pauvreté, le London Pathway soutient une Faculty for Homeless Health – Faculté pour la santé des sans-abri ([www.collegeofmedicine.org.uk/faculties/faculty-care-homeless-people](http://www.collegeofmedicine.org.uk/faculties/faculty-care-homeless-people)) créée il y a peu, qui rassemble des personnes en situation de sans-abrisme avec une grande variété de professionnels de la santé et de l'aide sociale pour promouvoir une amélioration des soins de santé aux personnes sans domicile. Un nouveau document sur les normes vient d'être publié et est disponible sur le site internet du London Pathway.

### **Le contrôle de la tuberculose à Londres**

L'échelle du problème de la tuberculose à Londres est décourageante. Le nombre de cas a augmenté de 50% (de 2.309 à 3.450) entre 1999 et 2009, et Londres connaît aujourd'hui le taux de tuberculose le plus élevé de toutes les capitales d'Europe occidentale<sup>23</sup>. Le taux de tuberculose est le plus élevé chez les personnes sans domicile, les toxicomanes et les (ex-)prisonniers<sup>9</sup>. L'augmentation de la tuberculose à Londres s'explique en partie par une épidémie extrêmement vaste de tuberculose résistante aux médicaments au sein des groupes de personnes marginalisées, qui constitue un indice probant de transmission incontrôlée dans la capitale<sup>24,25</sup>. Un engagement politique et financier immédiat et sérieux à long terme est nécessaire de la part du gouvernement du Royaume-Uni via le NHS si l'on veut contrôler la tuberculose à Londres<sup>26</sup>.

Afin de mieux définir des stratégies de contrôle, un examen global indépendant des services de tuberculose à Londres a récemment été commandé<sup>6</sup>. Les résultats ont montré des similarités frappantes avec les services de santé pour les personnes sans domicile précédemment décrits. Trente services différents de traitement de la tuberculose se sont développés dans toute la capitale sans plan de coordination centrale et ces services sont fragmentés et ne sont pas tenu de rendre des comptes. Des poches d'excellence et d'innovation existent aux côtés de services où des équipes cliniques en sous-effectif luttent face à un nombre de cas croissant. L'examen a montré le travail innovant de « Find&Treat », un service de dépistage et de gestion de cas pan-londonien pour les sans-abri et autres cas difficiles à atteindre et il a été recommandé que ce modèle soit intégré dans les services de traitement de la tuberculose dans toute la capitale. Le financement de « Find&Treat » du département de la santé a pris fin en mars 2011 et le projet est à présent temporairement soutenu par le NHS de Londres<sup>28</sup>. Malgré de bons éléments de preuve à l'appui de l'efficacité du service en termes cliniques et de coûts, son avenir reste très incertain.

**[L]a tuberculose est souvent associée à tort à la migration.**



## LA DÉMARCHE BRUXELLOISE

### *Le contrôle de la tuberculose à Bruxelles*

30% de tous les cas de tuberculoses en Belgique se trouvent à Bruxelles Capitale, et pourtant seulement 10% de la population totale belge vit à Bruxelles (l'incidence de la tuberculose dans la ville est de 30 pour 100.000). La transmission actuelle et considérable de la tuberculose a, contre toute attente, été récemment révélée par une vaste étude d'identification de la souche d'ADN. Près de la moitié (48,1%) des patients atteints de tuberculose étaient défavorisés (sans-abri et/ou prenant moins d'un repas par jour)<sup>8</sup>. Comme c'est souvent le cas dans les capitales européennes, la tuberculose est souvent associée à tort à la migration. L'identification de la souche a démontré que la transmission transnationale est limitée et se passe le plus souvent de Belges de naissance vers des patients étrangers établis en Belgique, ou au sein de la communauté née à l'étranger. La transmission de la tuberculose était le plus souvent associée aux Belges et aux personnes nées en Europe de l'Ouest.

Deux organisations collaborent à Bruxelles au contrôle de la tuberculose, en proposant des consultations médicales gratuites, des recherches de contacts et un dépistage actif des personnes sans domicile, des toxicomanes, des prisonniers et des personnes défavorisées via des unités mobiles de rayons X et en accompagnant les traitements dans la communauté. Comme la maladie se concentre à présent au sein des groupes à risque qui sont « difficiles à atteindre » et « difficiles à garder », le contrôle de la tuberculose demande énormément de travail, et des infirmiers et des travailleurs sociaux supplémentaires<sup>29</sup>. Il convient d'étendre des mesures essentielles de lutte contre la tuberculose via un réseau de centres de santé localisés pour servir les communautés les plus défavorisées, des capacités accrues pour la recherche active de cas et un accompagnement des traitements ainsi qu'une amélioration des nouveaux outils diagnostiques.

Bruxelles a une structure politique complexe avec non moins de 6 ministres responsables de la tuberculose. On gaspille du temps, de l'énergie et de l'argent à cause de la mauvaise coordination et la charge administrative retombe sur les travailleurs de terrain et les organismes qui travaillent avec les communautés. Bien qu'il n'y ait pas de réductions de budget en cours, le financement des services de lutte contre la tuberculose est historiquement inadéquat et le refus chronique d'augmenter les ressources pour refléter l'échelle du problème place Bruxelles en situation d'alerte. Les limites budgétaires ont causé la fermeture d'1 des 2 centres de santé en 2010. Le sous financement chronique se reflète clairement dans l'incidence élevée de la maladie qui est la même qu'il y a 20 ans. La situation de la tuberculose à Bruxelles illustre parfaitement le fait que la santé publique s'achète.

## CONCLUSION

Partout en Europe et ailleurs, on observe de plus en plus que l'affaiblissement de l'État providence va de pair avec un niveau plus élevé de sans-abrisme<sup>30</sup> – de nouvelles réductions de l'aide sociale exposeront une partie toujours plus importante de la population au sans-abrisme et augmenteront par conséquent le risque de tuberculose.

Les mesures d'austérité se font durement sentir à Londres. Des services importants d'hébergement et de proximité pour les personnes sans domicile célibataires ont perdu leur budget réservé. Des changements radicaux de la politique de logement vont inévitablement réduire l'accès au logement social des personnes célibataires à revenus faibles. Le coût des logements sociaux va probablement augmenter au niveau du marché à un moment où les investissements dans les constructions de logements à prix modéré diminuent et où le chômage s'intensifie. L'engagement de maintenir et d'intensifier le financement des services de soins aux sans-abri et les mesures de santé publique de base pour le contrôle de la tuberculose à Rotterdam se poursuit, mais on ne sait pas vraiment s'il y aura des réductions de budget à l'avenir ou pas. À Bruxelles, le contrôle de la tuberculose chez les groupes de personnes vulnérables est depuis toujours structurellement sous financé et ce sous-investissement d'une mesure essentielle de santé publique devient de plus en plus évidente au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie.

Le plus important peut-être est que la réduction des services publics a pour conséquence des réponses en termes de services qui sont moins ambitieuses et plus isolées et, inévitablement, des injustices sociales<sup>20</sup>. En ce qui concerne le sans-abrisme, le résultat sera probablement qu'on en reviendra à une simple « gestion » du sans-abrisme plutôt que d'essayer « d'y mettre fin ». En ce qui concerne le contrôle de la tuberculose, on trouve peu d'interventions en matière de santé qui illustrent mieux l'adage « dépenser maintenant pour économiser ensuite ». Les pressions financières actuelles à Londres et à Bruxelles soulèvent la perspective inverse très réelle qui consiste à « économiser maintenant pour dépenser ensuite ». Les économies à court terme vont coûter très cher à tous et être catastrophiques pour certains.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions Luuk Krol, coordinateur Généraliste de rue à Rotterdam, le Service municipal de santé publique de Rotterdam-Rijnmond et Christl van Gerven, Conseiller politique principal, département des affaires sociales et de l'emploi, Ville de Rotterdam, pour leurs commentaires et leurs conseils

vi <http://feantsa.horus.be/code/FR/pg.asp?Page=1367>



# Devrait-on délivrer des soins dans la rue? Le rôle de la médecine de rue dans la délivrance de soins de santé aux personnes sans-abri

Par Dr Angela Jones<sup>1</sup>, Médecin généraliste, Inclusive Health, Royaume-Uni

On tient plus ou moins pour acquis que les organismes d'aide sociale doivent proposer des services de proximité aux personnes sans domicile dans la rue. On peut contester la nature précise des services ou s'en inquiéter, en particulier si les services peuvent être interprétés comme permettant, « encourageant » ou maintenant un « style de vie sans-abri ». Certains sont toutefois d'avis que, parmi les irréductibles qui vivent dans la rue, il en est un grand nombre qui aurait peu de chances d'accéder aux services à moins qu'on ne vienne les voir directement dans la rue et qu'on les encourage ainsi à entrer en contact avec ces services.

Il n'en va pas de même des soins de santé apportés aux personnes sans-abri. À travers l'Europe, on utilise un éventail de modèles pour répondre aux besoins des irréductibles qui vivent dans la rue et d'autres personnes qui sont sans-abri. Cela va d'initiatives individuelles de cliniciens, à de petits groupes de bénévoles, en passant par des organisations spécialisées financées par l'état ou des ONG dans lesquelles fonctionnent des équipes multidisciplinaires qui travaillent, soit directement dans la rue, soit dans des véhicules prévus à cet effet, le modèle utilisé étant fonction des systèmes sociaux et de santé du pays concerné.

Au Royaume-Uni, qui a un système de santé dont l'accès est universel, fournir des soins de santé aux personnes qui vivent dans la rue pose davantage de problèmes. Pour un certain nombre de raisons, les personnes en situation de sans-abrisme retardent souvent le moment d'accéder aux soins de santé et attendent que leur état requière une prise en charge urgente ; peut-être parce qu'ils ont d'autres priorités concurrentes, comme obtenir de l'argent, des vêtements, de la drogue, de l'alcool ou s'abriter. La raison en est peut-être qu'ils ont vécu des expériences précédentes de rejet de la part des services de santé ou parce qu'ils sont embarrassés ou craignent la stigmatisation ou le diagnostic possible. La plupart d'entre nous a tendance à repousser le moment d'aller voir le médecin ou le dentiste, dans l'espoir que le problème s'en aille de soi – apparemment, les personnes sans domicile, et en particulier celles qui vivent dans la rue, repoussent simplement davantage ce moment que le reste de la population.

Les systèmes de santé sont censés être accessibles à tous et l'idée est que les personnes qui ne vont pas se faire soigner sont elles-mêmes en tort plutôt que

le fait que les services sont difficilement accessibles. Ce dilemme est à l'origine de tout le débat sur les soins « spécialisés par opposition à universels » qui plombe le débat sur les soins de santé aux sans-abri depuis des décennies. Doit-on proposer des services de santé spécialisés aux personnes en situation de sans-abrisme ou doit-on plutôt faire en sorte que les services ouverts à d'autres accueillent aussi les personnes sans domicile?

Au Royaume-Uni, le modèle de services spécialisés semble prévaloir depuis une décennie, la plupart des villes ayant développé des soins de santé primaires basés dans des immeubles, qui ciblent les besoins des personnes sans domicile. Ce type de services a la préférence des patients selon une recherche réalisée par Hewett et ces services doivent être salués. Les personnes dévouées qui se sont battues pour qu'ils existent et qui les proposent méritent une médaille, ou plutôt de nombreuses médailles, pour leur dévouement et leur détermination. Ils vont avoir besoin d'encore davantage de détermination pour préserver leurs services lorsque reprendra la prochaine ronde de réorganisation de la NHS<sup>2</sup>. Il reste toutefois un « vide sur le marché » en ce qui concerne l'offre de soins de santé aux plus irréductibles des personnes qui vivent dans la rue.

Qui sont les personnes irréductibles qui vivent dans la rue ? Il s'agit d'individus qui dorment dans la rue ou ailleurs à l'extérieur ou dans un type ou l'autre de structure temporaire, depuis un certain nombre d'années, souvent des décennies. Avec le temps, ces personnes se sont adaptées à ce mode de vie et ne souhaitent souvent pas, pour un certain nombre de raisons, s'impliquer dans quelque forme d'autorité ou d'organisation que ce soit qui voudrait les persuader « d'y entrer ». Nombre d'entre elles, probablement la majorité, souffrent de maladie mentale chronique, quelquefois doublée d'une dépendance à la drogue ou à l'alcool. La plupart de ces personnes ne reçoivent pas ou peu de soins de santé et ne mettent jamais les pieds dans un cabinet de médecin. À l'occasion, elles se rendent aux urgences. Beaucoup souffrent d'affections de longue durée non diagnostiquées et non traitées. Ce groupe de personnes passe encore entre les mailles du filet au Royaume-Uni, malgré « l'accès universel » et la présence de nombreuses cliniques de médecins généralistes pour les sans-abri basées dans des immeubles.

**[L]'idée est que les personnes qui ne vont pas se faire soigner sont elles-mêmes en tort plutôt que le fait que les services sont difficilement accessibles.**

1 [angela.jones@inclusivehealth.co.uk](mailto:angela.jones@inclusivehealth.co.uk)

2 National Health Service, Les « soins de santé nationaux », le système de soins de santé financé par l'État au Royaume-Uni



Pourquoi les soins de santé au Royaume-Uni sont-ils si réticents à descendre dans la rue? Voici un certain nombre d'arguments qui m'ont été avancés contre l'offre de soins de santé de proximité:

- *L'argument financier*: le personnel de santé, en particulier les médecins, sont des denrées chères et il n'est pas très rentable qu'ils battent le pavé. Il est plus efficace d'utiliser leurs services dans des bâtiments, des travailleurs de proximité leur amenant les patients.
- *L'argument de l'adéquation*: il ne convient pas de tout offrir « sur un plateau » aux personnes qui vivent dans la rue. Si on leur propose des soins de santé dans la rue, cela ne fera que les encourager à continuer à vivre dans la rue et à ne pas faire d'efforts pour se réinsérer.
- *L'argument de la sécurité*: la rue est un environnement peu sûr auquel le personnel de santé ne doit pas être exposé.
- *L'argument de la spécialisation*: selon cet argument, il ne convient pas de déployer des généralistes sur le terrain – ce qui est réellement nécessaire sont des psychiatres et des psychologues, vu qu'un grand nombre de ces personnes irréductibles qui vivent dans la rue souffrent de maladie mentale.
- *L'argument du financement*: notre service est financé pour fournir des services basés dans des immeubles; nous n'avons pas assez de personnel / nous ne sommes pas autorisés à fournir ces services dans la rue.

Bien que tous ces arguments puissent comporter une part de vérité, ils ne constituent pas une justification au refus de nombreux généralistes, même de ceux qui travaillent au sein d'équipes spécialisées dans la santé des sans-abri, de s'impliquer vis-à-vis des personnes qui vivent dans la rue dans leur zone. Il est clair que les services de proximité devraient être proposés de manière rentable et cibler les personnes les plus en danger, qui en bénéficieront donc le plus. L'orientation et la guidance des équipes locales d'aide sociale de proximité permettraient de cibler les soins de santé, et un travail de terrain commun avec ces équipes permettrait à la fois de maximiser la sécurité et d'apprendre et d'échanger à un niveau interprofessionnel, ce qui est vital. Les généralistes gèrent la grande majorité des malades mentaux au Royaume-Uni et, le cas échéant, les orientent vers des collègues spécialisés. Ils ont aussi légalement le droit de participer, avec leurs collègues spécialistes, au processus d'évaluation en vue des internements d'office aux termes de la loi sur les maladies mentales, et sont donc idéalement placés pour offrir une combinaison utile de soins physiques et mentaux aux personnes vivant dans la rue et souffrant de morbidités multiples et complexes. Au-delà même de tout ceci, le généraliste et son équipe est toujours tenu en estime et respecté par la plupart des gens en tant que personne ayant des normes professionnelles élevées, à qui l'on peut faire confiance, qui comprend le concept de confidentialité et a une certaine influence pour aider la personne sans domicile.

En 2010, j'ai entrepris un essai de travail de proximité dans la rue en tant que généraliste solitaire, et ai travaillé avec un groupe de personnes parmi les plus irréductibles de celles qui dorment dans la rue à

Londres. La période d'essai a été courte, quatre mois seulement, et il semblait que chaque équipe de proximité participante m'envoyait les cas les plus difficiles pour que j'essaie d'établir le contact! Les enseignements que j'ai tirés de ce travail ont été:

1. N'essayez pas de faire ce travail seul : c'est émotionnellement exigeant et physiquement fatigant. Les défis médicaux et éthiques sont extrêmes. Il est nécessaire de travailler en équipe avec une bonne qualité de soutien et de supervision pour garder son équilibre et son efficacité.
2. Ne couvrez pas une zone géographique trop grande : les trajets sont également fatigants et épuisants et cela ajoute au stress du travail et réduit l'efficacité.
3. Travaillez dans une zone que vous connaissez bien : cela vous permet d'utiliser vos connaissances et vos contacts locaux pour construire un réseau d'expertise et de soutien avec les organismes locaux.
4. Ayez de la patience: comme chaque équipe de proximité le sait, la constitution d'un rapport suffisant peut prendre énormément de temps, et il en va de même pour l'arrivée du moment opportun, où votre patient sera prêt à vous raconter tel fait majeur ou à faire tel pas vers son rétablissement.
5. Faites preuve de détermination: il peut nous sembler évident que le sans-abrisme, et en particulier le fait de vivre dans la rue, est en général dommageable en soi, surtout si la cause en est la maladie mentale. Bizarrement, ce n'est pas toujours évident pour d'autres autorités et vous devez pouvoir vous montrer très persuasif pour les convaincre de la nécessité éventuelle de priver une personne de sa liberté pendant un certain temps ou de lui donner un traitement obligatoire en raison d'un trouble mental, afin de lui donner la possibilité d'éventuellement mener une vie « normale » à l'avenir.
6. Prenez quelque chose pour vous asseoir : j'avais une petite chaise pliante pour la pêche que je prenais avec moi. Cela me permettait de m'asseoir aussi longtemps qu'il le fallait sans avoir de crampe ni salir mes vêtements et d'écouter mes patients à l'aise, en leur accordant toute l'attention nécessaire.

Dès lors, en résumé, je voudrais plaider pour une approche de bon sens de la question des soins de santé de proximité pour les personnes qui vivent dans la rue au Royaume-Uni, en particulier les plus irréductibles d'entre elles. Nombre d'entre elles, sinon la plupart, sont à présent proches d'un service de soins de santé destinés aux sans-abri où l'on peut s'occuper de leurs besoins, et la majorité d'entre elles s'y rendra si et quand le besoin s'en fait sentir. Toutefois, pour une minorité d'entre elles, qui ne s'y rend pas, et en a pourtant clairement besoin, que ce soit pour des affections physiques ou pour une suspicion de maladie psychiatrique, il est certainement logique que le service de médecine générale local fasse une « visite à domicile » dans la rue. Non seulement cela permet d'éviter une visite onéreuse des services d'urgence, mais cela peut également être le début d'une relation thérapeutique fructueuse, qui peut jouer un rôle important dans le rétablissement et le logement de cette personne sans domicile.



## Repenser la formation en matière de santé et sans-abrisme: remise en cause des approches utilitaires et réappropriation du centrage sur le client

Par **Mike Seal**<sup>1</sup>, Directeur du Youth and Community Work au Newman University College, Birmingham, Royaume-Uni

En principe, au Royaume-Uni, les soins de santé sont accessibles à tous, puisque nous avons à notre disposition le National Health Service – ndt : services de santé nationaux (NHS). Dans la pratique, l'accès aux soins de santé reste toutefois difficile pour les personnes sans domicile (Bevan: 2007, Jones:2009). Selon Homeless Link (2010), de nombreuses personnes sans domicile se voient refuser l'accès à ces services, et selon Croft-White & Parry-Crooke (2004), les médecins généralistes (GP) rechignent à inscrire les personnes sans domicile pour leur administrer des soins, en particulier quand ces personnes ont des besoins multiples. Selon leur dernier rapport (2004), quand l'un des problèmes présents était lié à la consommation de drogue et/ou d'alcool, la barrière était presque infranchissable; seule une poignée de généralistes dans chacun des domaines de l'étude de cas étant prête à inscrire ce groupe de clients.

Dans le contexte de la formation (Jones: 2009), les employés citent des cas où les généralistes ont refusé de voir des patients sans domicile qui étaient en retard à leur rendez-vous ou des cas où leurs patients étaient simplement rayés des listes pour non présentation. Plus généralement, selon les praticiens de l'accompagnement, les personnes sans domicile ayant de nombreux problèmes de santé ne reçoivent pas l'éventail complet de services parce qu'ils ne font pas l'objet d'une évaluation médicale au moment opportun (Croft-White & Parry-Crooke: 2004).

Plus positivement, ils ont découvert que certains services proposaient une offre de soins adéquate, en particulier quand il s'agit de services de santé spécialisés proposant les soins au sein des services aux sans-abri (où les utilisateurs se sentent souvent plus à l'aise). On a toutefois constaté des manquements dans l'adéquation des soins ; par exemple en ce qui concerne des checkups complets et des bilans de santé qui peuvent être réalisés n'importe où. Nous devons dès lors nous demander pourquoi l'offre de soins reste inégale. Jones (2009) établit la liste des problèmes plus larges intervenant dans la dynamique des soins de santé:

- Attentes faibles / faible priorité assignée à la santé par la personne ;
- Caractéristiques personnelles des personnes y compris la méfiance, la peur, la colère ;
- Problèmes comportementaux ayant pour résultat une mauvaise acceptation par les services et peu d'engagement vis-à-vis de ces derniers ;
- Perception par le personnel de santé qu'il est complexe/difficile de s'occuper de ces personnes ;
- Stigmatisation ou attitudes/comportements discriminatoires de la part du personnel de santé ;
- Manque de compétences et de formation du personnel dans les domaines essentiels de la communication, de la santé mentale et des addictions ;
- Manque de coordination des services sociaux et de santé, le personnel n'étant pas soutenu pour traiter les problèmes des personnes de façon holistique ;
- Difficulté à réaliser une évaluation des besoins locaux en raison de la nature cachée et mobile de ce groupe et de son manque de représentation dans les recensements ou autres données ;
- Manque d'accès aux modes de communication habituels comme la poste, les emails, le téléphone, l'écrit et les médias de radiodiffusion nécessitant des efforts particuliers (chers).

Ce qui n'a toutefois pas été analysé, c'est la raison pour laquelle de tels problèmes prédominent, malgré la pléthore d'informations, de formations et de lignes directrices produites par le ministère de la santé du Royaume-Uni (DH 2007), par le Royal College of General Practitioners (ndt : collège des généralistes) (RCGP:2002) et par de nombreux autres organismes. Tout programme de formation devra aborder ces raisons fondamentales. Les facteurs de perception et d'attitude de la part du personnel sont particulièrement importants, parce que le comportement et les attentes des clients se font souvent en réaction à leurs expériences des services (Groundswell:2009a) et c'est là que la formation peut intervenir, parce qu'on peut avoir l'occasion de voir les points de vue qui se cachent derrière ces attitudes. Dans cet article, j'avancerai qu'il y a deux facteurs à la base de certains de ces problèmes: d'abord que les gens sont assujettis à

**[C]ertains services proposaient une offre de soins adéquate, en particulier quand il s'agit de services de santé spécialisés proposant les soins au sein des services aux sans-abri.**

<sup>1</sup> [member@seal1.freemove.co.uk](mailto:member@seal1.freemove.co.uk)



une approche utilitaire de la médecine qui doit être remise en question sous l'angle du droit et ensuite que nous devons nous réapproprier, ou redéfinir ce que nous entendons par centré sur le client.

### LA DOMINATION DES APPROCHES UTILITAIRES

Je n'ai pas l'espace nécessaire pour entrer dans les définitions de l'utilitarisme. Mill (1863) considérait toutefois en gros que la meilleure manière de procéder est celle qui crée le plus grand bien pour le plus grand nombre. Étant donné que les personnes sans domicile sont une minorité et ont de nombreux problèmes et besoins en matière de santé et que l'accès aux services de santé mobilise beaucoup de ressources, du moins au départ, selon une telle approche, il ne faut pas accorder la priorité aux services qui leur sont destinés. Plusieurs auteurs ont remarqué la prédominance philosophique de l'utilitarisme au sein de la NHS moderne (Humphreys: 2007, McMaster:2004). Jones (2009) émet le postulat que les soins de santé primaires ont pour vocation de s'occuper de la majorité et sont rarement suffisamment souples pour répondre aux besoins des personnes sans domicile. Jones (2009) explique qu'un psychologue a lié cela à une faille plus fondamentale dans la réflexion stratégique de la NHS:

*« Je pense que ce sont les services de santé et la NHS qui excluent notre population... la recherche d'un traitement efficace a lieu au sein des services de santé et ils excluent la population des sans-abri, donc c'est pour ça... Le seuil est trop élevé. Et ils excluent pour de vraies raisons, le service de santé lui-même fonctionne sur la base de l'exclusion. Si vous excluez certaines personnes, alors vous pouvez soigner un tas d'autres gens. (Jones: 2009 pp 12)*

La formation doit aborder les principes de la NHS à ce niveau philosophique de base (Jones: 2009). Elle doit permettre de traiter la question de l'attitude du personnel de façon plus générale.

On confronte traditionnellement les approches utilitaires des perspectives déontologiques kantienne

(Humphreys: 2007) qui prennent en compte la notion de droits. Aborder la formation sous l'angle du droit peut constituer une alternative philosophique par laquelle nous pouvons cadrer la philosophie des soins des praticiens. Les conclusions du Conseil EPSCO relatives à un Cadre volontaire pour les services sociaux de l'UE appuieraient un tel point de vue et nous offrent un bras de levier pour remettre en question les approches utilitaires<sup>2</sup>. Il y est précisé que les services sociaux doivent être « *les instruments essentiels de la sauvegarde des droits humains fondamentaux et de la dignité humaine* » et on poursuit pour préciser que « *les prestataires de services doivent respecter les droits fondamentaux et les libertés comme évoqué dans les instruments des droits de l'homme au niveau national, européen et international, ainsi que la dignité des utilisateurs* ».

### SE RÉAPPROPRIER LE CENTRAGE SUR LE CLIENT ET DÉVELOPPER L'AUTONOMIE

Dans sa recherche, Jones (2000) cite une infirmière qui remet en question le principe utilitaire de la NHS en disant « si vous assurez la santé des personnes sans domicile, vous assurez la santé du reste de la population ». Humphreys (2007) est d'avis que les approches utilitaires ne sont pas axées sur la capacité d'action et sur l'autonomie des personnes et ne les considèrent pas comme étant vitales. Cette approche rend donc le NHS moins personnelle et moins contrée sur le patient (en préconisant par exemple davantage de centres d'appel parce que cela permet d'atteindre davantage de gens et que cela prend moins de temps médecin-patient). J'ai précédemment écrit au sujet du concept de soins centrés sur le patient et sur le fait que ce concept est très contesté et en même temps un concept auquel la plupart des gens souscriraient (Seal:2008). Dans sa forme la plus réductrice et néolibérale, il s'agit que les gens aient le choix, mais pour les personnes sans domicile, il s'agit souvent du choix d'Hobson: ils prennent ce qui est proposé ou ils s'en vont. Je dirais que nous devons, en formation, déconstruire le terme plus avant, en particulier pour les personnes sans domicile.

Je pense qu'il y a trois dimensions au fait d'être centré sur le client qui doivent être reconnues et explorées

2 <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st16/st16319.en10.pdf>





dans le cadre d'une formation. Tout d'abord, il y a ce que l'on entend par « centré ». L'une des recommandations de « *Keys to Engagement* » (Sainsbury: 1998) était que les équipes doivent développer un style de travail qui corresponde aux besoins des clients. Il s'agit à première vue de quelque chose avec lequel la plupart des gens seraient d'accord, mais je pense que cela comporte une implication importante : à savoir que c'est nous qui devons changer la manière dont notre service est proposé pour répondre à leurs besoins, plutôt que de devoir lever des « barrières », ou leur « permettre » d'accéder à nos services. Dans le groupe de discussion, « centré sur le client » était défini comme étant « *le fait d'envisager le point de vue du client concernant ses besoins et ses souhaits et partir de là plutôt que de partir de ce que l'on propose au travers des services et d'imposer des critères d'éligibilité* ». Dans sa recherche, Bevan remarque que la plupart des personnes sans domicile ayant des besoins multiples en Grande-Bretagne considèrent que les services sont incapables de réagir au moment où ils en ont besoin. Et quand ils ne se conforment pas à la structure des services de lutte contre la drogue et l'alcool, des services de santé mentale, etc., ils (les patients) sont considérés comme le problème (Bevan 2006). Humphreys (2007) aussi envisage l'utilitarisme comme étant analogue à ces modèles médicaux de la santé.

Une deuxième dimension consiste à reconnaître que les clients sont complexes, et qu'il y a rarement une solution à leurs problèmes, mais cette complexité peut être notre problème, pas le leur. Dans le groupe de discussion, Homeless Link avait un angle intéressant, à la fois pour les travailleurs de première ligne et pour les décideurs politiques. Il s'agissait d'arrêter de considérer les besoins multiples comme étant une spécificité des sans-abri. Cela va dans le sens de la pensée de Rorstad et al (1996) qui considèrent la distinction de définition entre l'approche britannique et américaine des besoins multiples comme suit : le modèle américain part de la prémisse que la plupart des personnes sans domicile ont des besoins multiples et que les services doivent être conçus sur cette base. Peut-être pourrions-nous aller plus loin et reconnaître qu'il y a là quelque chose de vrai pour nous tous. Je préfère le terme « protéiforme » parce que « besoins

multiples » place le besoin à l'intérieur de la personne, alors que, comme le dit Rostad, ce n'est pas nécessairement là que réside la complexité.

*En réalité, ce groupe de personnes a un certain nombre de besoins simples : un chez-soi, des amis, des revenus, des activités quotidiennes qui aient du sens, des besoins en termes de santé etc., ce qui nécessite des réponses coordonnées de la part de différents organismes. C'est dans la réalisation de cette coordination que réside la complexité (Rostad et al: 1996 p45).*

Une troisième dimension concerne la nécessité de développer l'autonomie des personnes sans domicile. Rankin and Reagan (2004) disent que pour que les soins soient vraiment efficaces, les utilisateurs de services d'aide sociale doivent être reconnus comme coproducteurs de leurs propres soins (Kendall et Lissauer 2003). L'autonomie doit toutefois être développée, on ne peut présumer qu'elle est préexistante, en particulier chez les clients sans-abri. Valesco (2001) note qu'alors que l'implication des utilisateurs est très bien établie dans de nombreux domaines de la santé et des services sociaux, ce n'est que récemment que le concept a pris de l'importance dans le domaine des sans-abri. J'ai noté ailleurs (Seal:2008) que cette histoire trouve son héritage sous la forme d'un cynisme enraciné, d'un manque de culture participative et d'un manque de confiance de la part du personnel comme des clients.

À un niveau plus large, Friere (1972) pensait que les groupes de personnes opprimées sont socialisés avec l'idée de ne pas croire en eux, de ne pas analyser leur situation difficile et de ne pas remettre en cause des problèmes plus larges. Les personnes doivent être éduquées à pouvoir examiner leur situation, à comprendre ce qui leur est arrivé et pourquoi. Pour lui, il est dans l'intérêt de l'État que les pauvres ne réfléchissent pas à leur situation ou à leur santé, de crainte qu'ils ne veuillent y faire quelque chose. Dans notre contexte, cela veut dire que on ne peut pas uniquement demander aux gens ce qu'ils veulent, les gens doivent d'abord apprendre la manière de demander, d'analyser et de s'interroger sur ce qu'ils ont. Comme le dit Godfrey, les services doivent être

**Il s'[agit] d'arrêter de considérer les besoins multiples comme étant une spécificité des sans-abri.**



[L]es formations pour les praticiens qui prodiguent des soins de santé aux personnes sans domicile doivent s'attaquer à certains des cadres fondamentaux dans lesquels ils fonctionnent.

« fondés sur une philosophie selon laquelle les clients ont davantage de capacités, de ressources, de dons et sont plus entreprenants que ce qu'eux-mêmes et d'autres ne l'imaginent souvent » (Godfrey et al: 2003 pp29), mais ils doivent également développer les mécanismes qui rendent cela possible, mais je reviendrai sur cette question dans la conclusion.

Encore une fois, les conclusions de l'EPSCO offrent un point de départ pour façonner, dans la formation et dans la pratique, ce que nous entendons par « centré sur le client ». Il y est précisé que les services doivent être « conçus pour répondre aux besoins humains vitaux, en particulier les besoins des utilisateurs en position vulnérable ». Il y est dit plus spécifiquement que les services doivent être globaux et personnalisés, conçus et délivrés de façon intégrée,.... Ils doivent traiter en temps opportun et de manière souple les besoins changeants de chaque individu avec pour objectif d'améliorer leur qualité de vie ainsi qu'en assurant l'égalité des chances.'

### CONCLUSION

J'ai défendu l'idée que les formations pour les praticiens qui prodiguent des soins de santé aux personnes sans domicile doivent s'attaquer à certains des cadres fondamentaux dans lesquels ils fonctionnent, c'est-à-dire une philosophie utilitariste et une conception réductrice du fait d'être « centré sur le client ». Toutefois, une fois en pratique, cela doit être maintenu, ce qui peut se révéler particulièrement ardu dans le cas du besoin de développer l'autonomie. En guise de réflexion, les conclusions de l'EPSCO appellent également les services sociaux à . Dans deux recherches auxquelles j'ai participé, concernant le point de vue des personnes sans domicile sur les services de santé conçus pour eux, un thème récurrent était qu'ils valorisaient le temps que les services leur accordait, les relations personnelles qui étaient construites et qui leur permettaient d'explorer leurs problèmes. Étant donné ce qui précède et la difficulté que représente pour de nombreuses personnes sans domicile le fait d'établir une relation de confiance (Seal:2005), le temps de consultation moyen de 11,7 minutes d'un généraliste au Royaume-Uni est-il suffisant? (BMA:2007)

### RÉFÉRENCES

- Bevan (2007) *Difficult People? – Unresponsive Services: Working with people who are homeless with multiple needs*. In Seal (Editor) (2007) *Constructing and contesting homelessness: perspectives on homeless identities and the homeless sector*, Russell House Publishing: Lyme Regis
- British Medical Association (2007) *2006/7 Workload Survey*, London: BMA
- Croft-White, C & Parry-Crooke, G (2004) *Lost Voices: The Invisibility of Homeless People with Multiple Needs*, Crisis: London
- Freire, P. (1972) *Pedagogy of the oppressed*, London: Penguin Books.
- Godfrey, M, Callaghan, G. Johnson, L. and Waddington E (2003) *A guide to user involvement for organisations providing housing related support services*, ODPM: London
- Groundswell (2009a) *Homeless Health Initiative report* London: Queens Nursing Institute / (2009b) *Client review of health services* Herfordshire Primary Care Trust
- Humphreys, S, J (2007) *Primary Care, Time to get Ethical*, London: Priory Lodge Education Limited
- Jones, A (2009) *Quality Approaches for Assuring the Quality of Training and Service Provision*, London: Inclusive Health and FEANTSHA
- Kendall, L. & Lissauer, R. (2003), *The future health worker*, ippr, London.
- McMaster, R. (2004) 'A utilitarian twist? Performance measurement in the English national health service'.in *Journal of Economic Issues*, 38 (2). pp. 429-437.
- Mill, J. S. (1863/2002) *Utilitarianism*. New York: Random House.
- Rorstad, P, Checinski, K, McGeachy, O, and Ward, M (1996) *Dual Diagnosis: Facing the Challenges*, Wynne Howard Publishing; London
- Seal, M (2005) *Resettling homeless people: theory and practice*, Russell House Publishing: Lyme Regis / (2008) *Not about us Without Us: Client Involvement in Support Housing*, Russell House Publishing: Lyme Regis
- Velasco, I (2001) *Service User Participation: Concepts, Trends, Practices*. Scottish Council for Single Homelessness: Edinburgh



# Instantané des problèmes de santé vécus par les personnes sans domicile en Irlande

Par **Niamh Randall**<sup>1</sup>, *Directrice nationale de la recherche et de la politique, Simon Communities d'Irlande, Irlande*



## INTRODUCTION

De nombreuses raisons président au fait qu'une personne devienne sans-abri, mais en général, l'explication réside dans une combinaison de facteurs structurels (comme la pauvreté ou le chômage) et de facteurs personnels (comme une rupture familiale ou des problèmes de santé). Ce qui est clair, c'est qu'une fois qu'une personne devient sans-abri, la détérioration de sa santé physique et mentale peut être à la fois rapide et débilite. Le credo des Simon Communities est que chacun a le droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible. L'expérience du sans-abrisme peut avoir pour conséquence des violations graves et persistantes de ce droit fondamental.

## À PROPOS DE SIMON

Les Simon Communities d'Irlande constituent un regroupement de Communautés locales à Cork, Dublin, Dundalk, Galway, dans la région des Midlands, au Centre-Ouest, au Nord-Ouest et au Sud-Est. Le Bureau national coordonne en outre des campagnes dans le domaine des politiques de logement/vis-à-vis des sans-abri et plus largement, de l'ordre du jour en matière de lutte contre la pauvreté et d'inclusion sociale ; des bonnes pratiques dans la prestation de services et dans le travail avec les personnes qui sont sans domicile ; et dans le domaine du bénévolat à plein temps en promouvant l'excellence en la matière et en proposant des formations accréditées.

Partout en Irlande, les Simon Communities apportent la meilleure attention, les meilleurs logements et soutiens possibles aux personnes en situation de sans-abrisme et à celles qui risquent de le devenir. De concert avec les personnes sans domicile, Simon s'attaque aux causes profondes, promeut des réponses innovantes et encourage le gouvernement à remplir ses engagements. Simon apporte soutien et services tout au long de l'année à quelque 4.500 à 5.000 individus et familles en situation de sans-abrisme – ou en danger de le devenir.

## L'INSTANTANÉ – UNE MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES

### En général

Un instantané est une image à « un moment dans le temps » au cours d'une période de temps échantillon, dans le cas présent, une semaine. Les études instantanées peuvent constituer un outil très utile quand le temps et les ressources sont limités ; elles permettent de rassembler et d'analyser les informations assez rapidement et de les communiquer assez facilement. Elles conviennent particulièrement aux méthodes d'échantillonnage déterminé. Vu la nature à « un moment dans le temps » de ce type d'études, il est essentiel de préciser ce que ces études mesurent et à quoi elles se rapportent, et évidemment ce qu'elles ne mesurent pas et à quoi elles ne se rapportent pas et que ces limites soient précisées dans une section détaillée.

### Cette étude

Cette étude instantanée<sup>2</sup> est axée sur le profil et les besoins en matière de santé de certaines des personnes qui utilisent les services et les projets Simon au cours d'une période d'une semaine. Il convient de remarquer que le nombre de personnes qui ont participé à l'étude constitue un échantillon et ne peut être utilisé pour estimer le nombre total de personnes qui utilisent les services de Simon au cours de la semaine en question ou au cours d'une période plus longue comme une année civile. Il s'agit toutefois d'un échantillon significatif qui peut dès lors être utilisé comme base pour généraliser les besoins en matière de santé et d'accompagnement des personnes qui utilisent les services de Simon au niveau national. Dans le cadre de la recherche, on a utilisé une forme d'échantillonnage appelée « échantillon de commodité ». Il s'agit d'un type d'échantillonnage qui consiste à prendre un échantillon de la population à portée de main ; c'est-à-dire un échantillon de population sélectionné parce qu'il est directement à disposition et pratique. Le questionnaire utilisé pour cette étude a été conçu au sein de Simon en utilisant l'expertise interne. Il n'a

Le credo des Simon Communities est que chacun a le droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible.

<sup>1</sup> [Niamh@simoncommunity.com](mailto:Niamh@simoncommunity.com)

<sup>2</sup> Health and Homelessness: Health Snapshot Study of People Using Simon Services and Projects in Ireland (2010) Simon Communities of Ireland <http://www.simon.ie/index.php?page=research>



Répondre de manière efficace aux besoins des personnes qui sont sans domicile implique que ce que l'on propose soit centré sur la personne et que les services proposés soient accessibles et souples.

pas été conçu ou géré par des professionnels de la santé et les résultats en sont donc indicatifs. Bien qu'il y ait dans le formulaire des questions relatives à la consommation de drogue ou d'alcool, il n'y a pas de questions qui concernent l'étendue, la fréquence ou la quantité de drogue ou d'alcool consommé. Ces informations sont donc également indicatives et l'on peut considérer que cela constitue une lacune dans les données récoltées qui restreignent l'étendue des conclusions que l'on peut tirer concernant la consommation problématique de drogue et d'alcool.

### LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

En Irlande, nous manquons d'informations spécifiques concernant la santé des personnes sans domicile. Il s'agit de la toute première étude instantanée entreprise par Simon, élaborée à partir d'études locales qui avaient été entreprises à Dublin et à Cork au préalable. Cet instantané sur la santé a pour objectif de combler ce manque en relation avec certaines des personnes qui utilisent les projets et les services Simon partout dans le pays. Dans le cadre de l'étude, on explore l'état de santé, à la fois physique et mental ; la consommation de drogue et d'alcool et les implications en termes de santé ; ainsi que l'accès aux services médicaux, entre autres sujets. Comprendre les besoins en termes de santé des personnes qui deviennent sans-abri est essentiel pour développer, concevoir et améliorer, non seulement les services aux personnes sans domicile, mais également, entre autre, les services de santé. Ceci est essentiel pour s'atteler au sans-abrisme de longue durée en Irlande.

#### Les objectifs spécifiques

- Identifier une partie de l'éventail des problèmes de santé que connaissent les personnes qui utilisent les services de Simon en Irlande.
- Alimenter en informations le travail de politique et de campagne réalisé par Simon au niveau national, régional et local.
- Comblent les lacunes en termes de données et apporter des éléments à la somme de connaissances en la matière.

Les Simon Communities travaillent habituellement avec trois groupes de personnes ; ce sont ces personnes qui ont été interrogées dans le cadre de cette étude : les personnes sans domicile, les personnes anciennement sans domicile et qui ont besoin d'un suivi continu et les personnes qui sont en danger de devenir sans-abri. Ces groupes se retrouvent tous dans la définition ETHOS<sup>3</sup> de l'exclusion liée au logement qui a été adoptée par les Simon Communities d'Irlande et intégrée dans la Stratégie nationale de lutte contre le sans-abrisme « *The Way Home: A Strategy to Address Adult Homelessness in*

*Ireland 2008-2013* » (ndt : *Le Chemin vers la maison : Stratégie de lutte contre le sans-abrisme chez les adultes en Irlande 2008-2013.*)

### LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Cette étude nationale est basée sur les informations collectées par les huit Simon Communities d'Irlande. Cette étude a été menée sur une période d'une semaine, du 26 juillet au 1<sup>er</sup> août 2010. Sept cent quatre-vingt-huit (788) personnes ont participé à cette recherche, un échantillon de personnes qui ont utilisé les projets et les services des Simon Communities au cours de cette même semaine. Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas de la totalité des personnes qui ont été en contact avec les Simon Communities au cours de la semaine en question.

- Soixante-dix-huit pour cent (78%) étaient des hommes et vingt-deux pour cent (22%) étaient des femmes.
- Trente pour cent (30%) des personnes interrogées dans le cadre de cette étude avaient moins de 35 ans.
- Cinquante-quatre pour cent (54%) avaient entre 36 et 55 ans.
- Vingt-six pour cent (26%) avaient entre 56 et 75 ans ; parmi ces derniers, trois pour cent (3%) avaient entre 66 et 75 ans.

### CE QUE CETTE ÉTUDE A DÉMONTRÉ

#### Le sans-abrisme de longue durée

Le sans-abrisme de longue durée, considéré comme tel par le gouvernement irlandais quand il dure depuis plus de 6 mois, était important chez les personnes interrogées ; 80.5% des personnes déclarant être sans domicile depuis plus de 6 mois. Parmi celles-ci, 35.5% ont déclaré être sans-abri depuis 5 ans ou plus.

#### Le sans-abrisme rend malade

Cette étude a permis de démontrer les besoins complexes<sup>4</sup> (de nombreux besoins liés les uns aux autres) des personnes qui utilisent les projets et les services des Simon Communities dans le pays ; 56% des personnes souffrant d'au moins une affection physique diagnostiquée, 52% souffrant d'au moins une affection mentale diagnostiquée et 28% des personnes souffrant d'une combinaison d'au moins une affection physique et une affection mentale. Les personnes ont en outre mentionné la consommation d'alcool (66%), la consommation de drogue (30%), l'automutilation (15%) et des tentatives de suicide (23%). En résumé, des personnes très malades et très vulnérables.

3 Pour en savoir plus sur la définition ETHOS, aller à l'adresse : [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org)

4 Le terme de « besoins complexes » est « ...un cadre pour comprendre les besoins multiples et enchevêtrés parmi lesquels les problèmes sociaux et de santé. Les personnes qui ont des besoins complexes doivent négocier un certain nombre de problèmes différents dans leur vie, par exemple des handicaps d'apprentissage, des problèmes de santé mentale, la toxicomanie. Ils vivent parfois aussi dans des conditions défavorisées et manquent d'accès à un logement stable ou à une activité quotidienne qui ait du sens. Comme le suggère ce cadre, il n'y a pas de problème général de besoins complexes. Chaque individu qui connaît des besoins complexes a une interaction unique entre ses besoins en termes de soins de santé et d'aide sociale et a besoin d'une réponse personnalisée de la part des services » (Rankin et Regan, 2004).



### **Le sans-abrisme concerne à la fois la santé et le logement**

Cette étude met également l'accent sur le fait que le sans-abrisme ne concerne pas uniquement le logement; la santé est un facteur significatif et doit être traité en tandem avec le logement. L'accès à des soins de santé adéquats est essentiel pour s'assurer que les personnes restent en aussi bonne santé que possible et qu'elles obtiennent le soutien dont elles ont besoin. Pour soutenir les personnes dans leur sortie du sans-abrisme, il convient de leur proposer un hébergement accompagné de soutien social et en termes de santé en fonction de leurs besoins et également un logement avec un accompagnement accru pour ceux qui ont besoin d'un soutien plus intense et continu.

### **RECOMMANDATIONS**

Répondre de manière efficace aux besoins des personnes qui sont sans domicile implique que ce que l'on propose soit centré sur la personne et que les services proposés soient accessibles et souples et correspondent aux besoins en termes de soins, d'hébergement et de soutien de la personne.

Les recommandations de cette étude nationale sont axées sur les domaines suivants:

- Améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes qui ont des besoins complexes ;
- Améliorer l'accès aux services de lutte contre la drogue et l'alcool pour les consommateurs de drogue/d'alcool qui sont sans domicile ;
- Améliorer l'accès aux services destinés aux personnes sans-abri pour les consommateurs de drogue/d'alcool ;
- Réduire l'utilisation des services d'urgence ainsi que les séjours en hôpital et en prison ;
- Mettre fin aux pratiques inadéquates en matière de sortie d'hôpital et de prison ;
- Réaliser une évaluation standardisée des besoins ;
- Formation du personnel de première ligne ;
- Accès aux services pour les personnes qui ne répondent pas à la « condition de résidence habituelle » ;
- Davantage de recherches sur les thèmes des parcours de sortie du sans-abrisme.

Parmi les recommandations les plus importantes:

- **Maintenir les services spécialisés existants et les étendre dans les domaines où ils sont nécessaires:** Les services spécialisés qui travaillent de concert avec les services généraux se sont révélés efficaces dans le travail avec les personnes qui sont sans-abri, en les accompagnant au quotidien et en les aidant à surmonter la combinaison

de problèmes de santé qui les touche. Cela permet d'améliorer le diagnostic, les interventions et, ce qui est essentiel, les résultats.

- **Services aux alcooliques et aux toxicomanes:** Les services aux alcooliques et aux toxicomanes doivent être étendus. Il conviendrait qu'ils comprennent la réduction des méfaits, l'accès à des traitements de substitution<sup>5</sup>, la désintoxication, la réhabilitation et les soins postcure partout dans le pays. Quand c'est possible, ces services doivent être adaptés à la personne et cibler les besoins des personnes qui sont sans domicile et ont des problèmes liés à l'alcool et/ou à la drogue.
- **Logements accompagnés et logements à l'accompagnement accru:** Pour s'attaquer au sans-abrisme de longue durée et pour accompagner les personnes dans leur sortie du sans-abrisme, il est essentiel de leur fournir un logement et qu'elles soient accompagnées de façon adéquate en termes de soins de santé et d'aide sociale. En outre, il doit également être possible de proposer des logements avec un accompagnement accru pour ceux qui ont besoin d'un soutien plus intensif et continu. Proposer à la fois des logements avec accompagnement et des logements où l'accompagnement est très élevé fonctionne et c'est le cas dans les Simon Communities partout dans le pays.

### **CONCLUSION**

Comme cela a été dit, c'est la toute première fois qu'une étude instantanée nationale était entreprise dans les huit *Simon Communities* en Irlande. De façon systématique, l'étude a été très positivement accueillie par les décideurs politiques et les personnes qui travaillent dans le domaine. Outre le Rapport national, chaque *Simon Community* a reçu un rapport localisé axé sur les utilisateurs de leurs services, qu'ils peuvent utiliser pour développer et améliorer leurs services et mener des actions de lobby localisées. Les documents d'information distribués aux députés et aux sénateurs dans le cadre du briefing politique de la *Simon Week 2010 (Semaine Simon)* étaient même centrés sur les résultats de cette étude. L'étude apporte une base de référence nationale des problèmes de santé vécus par ceux qui utilisent les services et les projets de Simon dans tout le pays et peut à présent être utilisée à des fins de comparaison. Les résultats viennent en renfort des campagnes de Simon dans le domaine des besoins complexes (de nombreux besoins interconnectés). Cet exercice sera réitéré en 2011, ce qui permettra à Simon de cartographier les tendances en matière d'état de santé des personnes qui utilisent les services dans tout le pays. La planification de l'instantané national en matière de santé de 2011 est en cours.

**[1] Il est essentiel de [fournir un logement aux personnes sans-abri] et qu'elles soient accompagnées de façon adéquate en termes de soins de santé et d'aide sociale.**

5 Il s'agit d'une procédure qui consiste à remplacer une drogue, en général l'héroïne, par un substitut prescrit par un médecin p. ex. la méthadone ou la buprénorphine.



## Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning most of the page width.







**La FEANTSA est soutenu par le programme communautaire européen pour l'emploi et la solidarité sociale (2007-2013).**

Ce programme a été créé pour soutenir financièrement la mise en oeuvre des objectifs de l'Union européenne dans le domaine de l'emploi et des affaires sociales, fixés dans l'Agenda social, et contribue par conséquent à l'atteinte des objectifs de la Stratégie de Lisbonne dans ces domaines.

Ce programme de sept ans vise tous les acteurs qui peuvent contribuer au développement de législations et politiques sociales appropriés et efficaces au niveau de l'emploi, à travers l'UE27, l'AELE et les pays candidats à l'adhésion.

A cet effet, PROGRESS se veut:

- Fournir une analyse et des conseils politiques sur l'emploi, la solidarité sociale et l'égalité des sexes;
- Contrôler la mise en oeuvre de la législation et des politiques européennes au niveau de l'emploi, de la solidarité sociale et de l'égalité des sexes;
- Promouvoir le transfert de politiques, de l'apprentissage et du soutien parmi les Etats Membres sur les objectifs européens; et
- Relayer les opinions des acteurs et de la société en générale.

**Pour de plus amples informations, veuillez consulter :**

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=fr>

La FEANTSA est soutenu financièrement par la Commission Européenne. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et la Commission décline toute responsabilité de l'utilisation faite des informations contenues dans le présent document.

Image de la couverture par Julio Jara

**Fédération Européenne  
d'Associations Nationales  
Travaillant avec les Sans-abri,  
AISBL**

194, Chaussée de Louvain  
1210 Bruxelles  
Belgique  
Tél: +32 (0)2 538 66 69  
Fax: +32 (0)2 539 41 74  
Email: [information@feantsa.org](mailto:information@feantsa.org)

